De mens is de mens een zorg

Opstellen 1971-1981

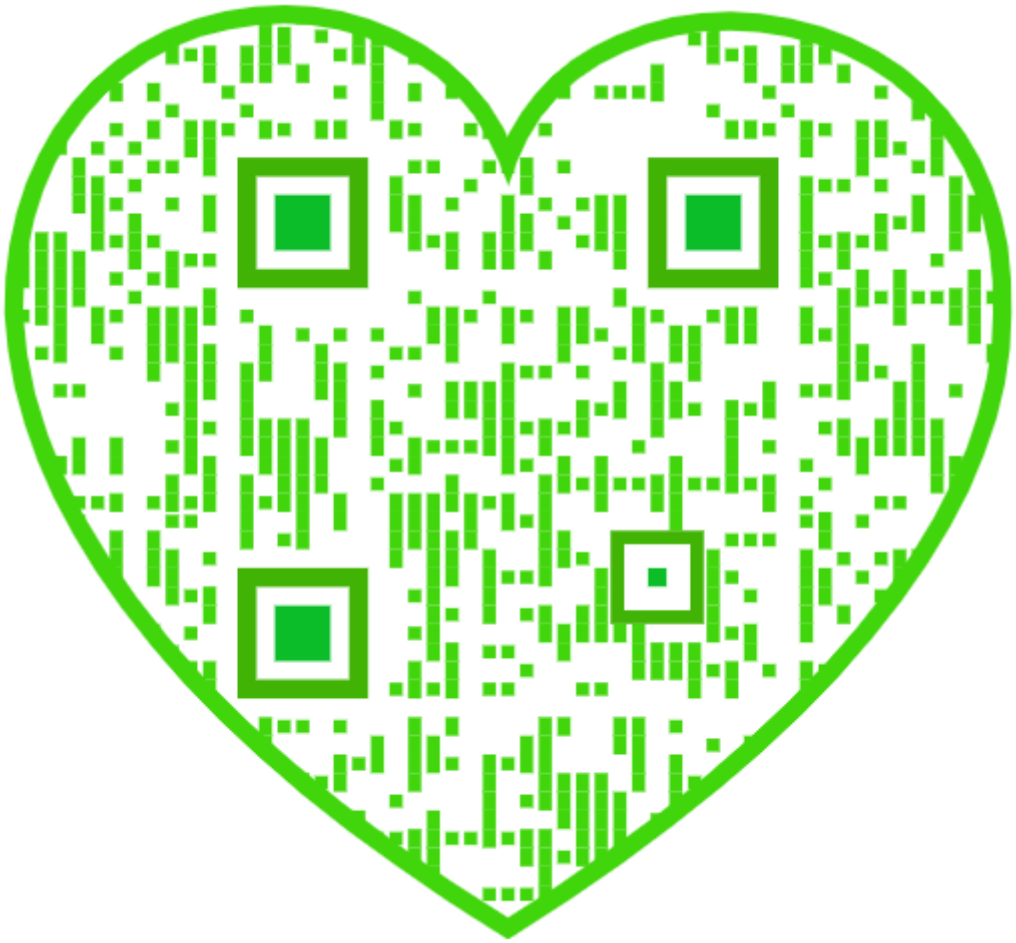
Abram de Swaan

bron
Abram de Swaan, *De mens is de mens een zorg. Opstellen 1971-1981*. Meulenhoff, Amsterdam 1997 (zesde druk)

Zie voor verantwoording: https://www.dbnl.org/tekst/swaa005mens01_01/colofon.php

Let op: boeken en tijdschriftjaargangen die korter dan 140 jaar geleden verschenen zijn, kunnen auteursrechtelijk beschermd zijn. Welke vormen van gebruik zijn toegestaan voor dit werk of delen ervan, lees je in de gebruiksvoorwaarden.

dbnl digitale bibliotheek voor de Nederlandse letteren



Voor Ellen en Meik

Inleiding

‘*Kent elkaar*’

Deze opstellen zijn geschreven in de jaren zeventig en dat waren in mijn leven de jaren dertig. Ik begon ze als mathematisch politicoloog en ik werd socioloog en psychoanalytisch therapeut.

De voorafgaande periode was er een geweest van roerigheid en ik roerde daarin mee; de wereld was jonger en ik ook. Deze opstellen zijn daarna geschreven, in een tijd dat die vernieuwingsbeweging aan vaart verloor, terwijl juist in die jaren nieuwe opvattingen in bredere kring verbreid raakten en de hervormingen vaste vorm kregen in wetten en organisaties. Maar dat viel niet zo op. Ik raakte in die tijd gevestigd, aan de universiteit, in een eigen, kleine praktijk en in een gezin. Ik werd behoudender, maar wat ik behouden wilde waren vaak de vernieuwingen van weleer, soms tegen nieuwe vernieuwers in.

De grote verbetering leek niet meer zo nabij en ik ging er ook de verslechteringen in zien. Maar belangrijker was voor mij een ander zicht op de aard van de samenleving, die geen mechanisme is dat zich laat besturen en ombouwen volgens plan, ook geen moraliteit waarin goed en kwaad elkaar bestrijden met een vooraf vaststaand verloop, maar iets anders: een samenkoppeling van mensen in gedurige, min of meer geordende verandering. Hoe die samenlevingsverbanden gegroeid zijn en zich ontwikkelen, daarover gaat het in de mensenwetenschap. Die betrekkingen tussen mensen zijn soms uitbuitings- en dwangverhoudingen, of liefdes- en vriendschapsrelaties, ze verlopen in strijd of in samenwerking, meestal echter in een mengeling daarvan. Ook al gaan mensen die betrekkingen met elkaar aan, op elk moment zijn de verhoudingen die alle andere mensen met elkaar verbinden voor ieder afzonderlijk een gegeven waarbinnen hij zijn leven in te richten heeft. Dat heb ik niet bedacht; de ervaring is mij net als ieder ander opgedrongen en het besef is mij bijgebracht door voorgangers en leermeesters.

Die samenleving houdt niet op te werken bij de huid, maar bestaat ook binnen de mensen die erin leven. Mensen zijn knooppunten in

netwerken van verhoudingen met anderen en zij zijn gedurig doende die verhoudingen te verwerken, zich vroegere betrekkingen te herinneren of ze te verdringen, te idealiseren of te dramatiseren; ze verlangen en vrezen nieuwe verhoudingen of fantaseren ze erbij. De feitelijke, actuele verbindingen vormen dus maar een deel van de kegelsnede van een mens met zijn samenleving; om zijn leven te begrijpen moeten de virtuele verhoudingen die hij bij zichzelf gaande houdt erbij bedacht worden: zo is de psychoanalyse een sociologie van de intieme, virtuele relaties. Al is een mens een knooppunt van verhoudingen, hij gaat nooit geheel op in die actuele maatschappelijke verbanden, want hij is gegroeid en leeft voort in vroegere betrekkingen die daarop maar ten dele aansluiten.

Dit zijn algemene formuleringen, geen formules, omdat ze niets te bezweren hebben en niets vastleggen, maar steeds opnieuw moeten worden uitgewerkt voor de sociale figuratie die voorwerp is van onderzoek.

Niet alle stukken van de afgelopen tien jaar zijn hier opgenomen. Artikelen over coalitie-theorie, vervolg op mijn dissertatie, pasten niet goed in het geheel. Opstellen over psychotherapie - steeds in sociologisch perspectief - gingen dit bestek te buiten, net als een paar losse krantestukken.

Sommige opstellen zijn rijkelijk voorzien van voetnoten, bij een paar ontbreken ze geheel: daar zat de literatuur maar in de weg en was het beter af te gaan op intuïtie en geheugen. Maar met of zonder verwijzingen zal duidelijk zijn dat deze stukken stammen uit de klassieke sociologische traditie zoals die verder ontwikkeld is door Norbert Elias en beoefend wordt door de nieuwe Amsterdamse school rond Johan Goudsblom, en uit een sterk interpretatief en relationeel gerichte verwerking van de psychoanalyse zoals die in dit land bedreven wordt door een aantal analytici die zich een tijdlang de ‘psychodynamici’ noemden.

In *Een boterham met tevredenheid* uit 1971 gaat het om de nogal verbaasde beschrijving van mensen die fabriekswerk doen dat voor de waarnemer onuitstaanbaar lijkt. Het opstel was het nevenprodukt van een televisiefilm (met Paul van den Bos). Het titelopstel *De mens is de mens een zorg*, van 1976, bevat weinig waarnemingen en veel

theoretische generalisaties; het was een programmatisch stuk, voor de Vakgroep verzorgingssociologie en voor mij, want ik had mijn draai gevonden en de opgaven die erin gesteld worden, houden mij nog steeds bezig: om een verklaring te vinden voor de opkomst van de verzorgingsstaat op lange termijn en in breed verband, in samenhang met de veranderingen in de omgangsvormen en belevingswijzen van mensen in intieme kring. Dan moet dus ook een enkele biografie te situeren zijn in de ontwikkeling van een samenleving; daar was het om te doen in *Over de sociogenese van de psychoanalytische setting* (1977): juist de meest oorspronkelijke, de minst voorspelbare denker, Freud, die een nieuwe vorm van sociale interactie uitvond - de relatie tussen de psychoanalyticus en de analysant - ontwikkelde die psychoanalytische setting als vanzelf uit medische omgangsvormen die in zijn tijd gangbaar werden, en onder maatschappelijke omstandigheden waarin hij alleen als vernieuwer kans van slagen had en, uiteraard, nog veel grotere kans op falen.

Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding was een wat verlate oratie (1979), geschreven als een sociologisch divertimento. Terzelfder tijd verschenen twee deeltjes over de *Sociologie van de psychotherapie* (met anderen): *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* en *Het spreekuur als opgave*; het ene ging over de ontwikkeling van een beroepskring tussen concurrerende beroepen, het andere over de snijpunten tussen die beroepskring en de levens van de mensen die om hulp komen op het spreekuur van de psychotherapeut. Maar in die oratie ging het over de vraag wat er nu veranderd was in de samenleving waardoor mensen hun moeilijkheden gingen beleven en presenteren als psychische problemen die door een deskundige behandeld moesten worden. De verdwijning van uitgaansbeperkingen voor vrouwen en de verschijning van de agorafobie dienden in dat leerstuk als parabel.

De volgende drie opstellen handelen over het geweld dat mensen elkaar aandoen, door staatsterreur, in groepsfanatisering en over het sociale isolement waarin de overlevenden van het allerergste geweld, de jodenmoord door de nazi's, verkeren. Maar ook die drie stukken zijn een oefening in het vinden van het verband, de wisselwerking tussen partijen, niet ter vergoelijking maar om beter te begrijpen hoe het is gebeurd.

In sociologisch perspectief kan een ziekteproces worden opgevat als lichamelijk en maatschappelijk functieverlies; als een proces van toenemende afhankelijkheid van een afnemend aantal medemensen: als *Verzieking en verafhankelijking*. Daarover gaat *Het medisch regiem*, I. In deel II komt ter sprake hoe ernstig zieken - mensen die zieker worden en afhankelijker - met hun verzorgers leven onder een regiem waarbij de medische behandeling tevens dient ter handhaving van de orde en ter beheersing van emotionele en relationele conflicten: *Affecthuishouding in het ziekenhuis*. Voor deze tweede druk is dit gedeelte ingrijpend gewijzigd. In het derde deel gaat het niet over deze totale vorm van het medisch regiem, maar om een lichte versie die zich over allen, zieken en nog niet zieken, heeft verbreid: *Uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht*. Die verbreiding is geen resultaat van het expansiestreven van een medische kongsie, maar het onbedoelde gevolg van talloze interventies van artsen in maatschappelijke en persoonlijke tegenstellingen die door zulke medische tussenkomst oplosbaar leken. Al die incidentele bemoeienissen accumuleerden in een machtsuitbreiding van het medisch corps die nu leidt tot twijfel aan de geldigheid van dat medisch gezag op zoveel gebieden van de samenleving.

In die redenering herhaalt zich de grondgedachte van de bundel, dat de samenleving zich vormt uit de strevingen van mensen, afzonderlijk en groepsgewijs, zonder dat de samenleving die zij zo vormen overeenkomt met hun bedoelingen.

De mens is de mens een zorg

1 Een boterham met tevredenheid

In de kwart eeuw sinds de oorlog hebben ook de fabrieksarbeiders in Nederland een kleine welstand bereikt. Het arbeidsrecht beschermt hen tegen de meest onredelijke uitbuiting; collectieve verzekeringen matigen de gevolgen van ziekte, ouderdom, invaliditeit en werkloosheid; bij voortdurende volledige werkgelegenheid hoeft een arbeider zich niet langer te schikken in alle vernedering en willekeur.

Het probleem is niet langer de verpaupering van de industriearbeiders en niet zozeer hun lichamelijke uitbuiting. Die gaat voort, ver van huis, buiten het gezichtsveld van de witte welvaartswereld van het Westen, waar men profiteert van die ellende zonder zich er zelfs maar bewust van te hoeven zijn.

De fabrieksarbeiders in het Westen verdienen een loon waarmee rond te komen is, al valt het niet mee om van zeven- of achthonderd gulden schoon in de maand een gezin te onderhouden; toeslagen voor overwerk, nachtwerk, ploegendienst en prestatiepremies zijn dan ook meestal onmisbaar. Industrialisering van de produktie heeft het mogelijk gemaakt, ook voor de fabrieksarbeider, om in zijn eerste levensbehoeften te voorzien en zich daarbij nog allerlei apparaten aan te schaffen; een stelsel van sociale verzekeringen verzacht de ontberingen van zieken, bejaarden en werklozen en vermindert bij de anderen de angst voor ouderdom en tegenspoed. Dat is de ontzaglijke prestatie van de bestaande sociaal-economische orde en wie dat niet wil inzien kan ook geen inzicht krijgen in de gemoedstoestand van de arbeiders die onder dat stelsel leven.

De arbeiders die nu boven de veertig zijn herinneren zich de crisisjaren en de hongerwinter; de gastarbeiders kennen diezelfde armoe van thuis. Zelfs de jongste arbeiders hebben in hun tijd van leven de geleidelijke uitbreiding van het huishoudelijke machinepark meegemaakt. Gebrek is veelal verdwenen, de angst is minder scherp en ieder jaar krijgt iedereen een beetje meer.

Deze vooruitgang is verwezenlijkt onder een economisch stelsel

waarin ondernemers met winstoogmerk de produktiemiddelen beheren. Aan dat stelsel liggen enkele fundamentele afspraken ten grondslag, die niet duidelijk zijn vastgelegd maar die geleidelijk leidraad en spelregel werden voor de onderhandelingen en beslissingen (en niet-onderhandelingen en niet-beslissingen) over het beheer van de volkshuishouding. Grondgedachte was dat een voortdurende economische groei de mogelijkheid bood om iedereen te laten behouden wat hij had en bovendien aan de tegenstrijdige aanspraken van verschillende sociale groepen tegelijk en ten dele tegemoet te komen uit de toeneming van die produktie. De politieke strijd ging dus niet om beginselen maar om belangen, was niet onverzoenlijk maar pondspondsgewijs te beslechten.

Het bleek mogelijk om deze eerste doelstelling van economische groei te doen samengaan met een politiek van volledige werkgelegenheid, en tegelijkertijd kon ook nog een stelsel van sociale verzekeringen worden uitgebouwd dat de arbeidsrust en de politieke vrede nog eens bevorderde en tevens het aandeel van de centrale staat in de economie sterk uitbreidde, en wel zo dat in tijden van economische slapte in de particuliere bedrijven de staat de sociale uitkeringen voortzette of juist uitbreidde en aldus de nationale bedrijvigheid op gang kon houden. Door een geleidelijke inflatie toe te laten kon het centraal gezag bovendien aan de aanspraken van verschillende groepen in schijn, of in geld gemeten, verder tegemoetkomen dan in feite, gemeten in beschikbare goederen en diensten. Zo liep het onderhandelingsmechanisme nog eens zo gesmeerd.

De eerste voorwaarde voor het functioneren van dit stelsel is de voortdurende uitbreiding van de industriële produktie. Een andere voorwaarde ligt minder voor de hand, maar is gaandeweg steeds meer noodzakelijk gebleken: centralisering van de besluitvorming. Daartoe is het nodig dat de aanspraken en behoeften van afzonderlijke mensen samengevoegd kunnen worden (en onderling gelijkgesteld) tot de programpunten en onderhandelingseisen van grote organisaties die toegang hebben tot die gecentraliseerde besluitvormingsorganen. Dat is de betekenis van georganiseerd overleg. De menselijke behoeften die zich niet zo laten vertalen of waarvoor niet zulke organisaties zijn opgetrokken, komen in dit stelsel niet tot gelding. Tussen het op produktie gerichte, technologische denken en de men-

taliteit die heerst in grote organisaties, en het zakelijk en materialistisch mensbeeld dat geldt in de sociale zogenaamde wetenschappen, bestaat een samenhang. Voor zover een afzonderlijk mens op dat model lijkt, of zichzelf ermee in overeenstemming weet te brengen, past hij in die organisationeel technologische samenleving en worden zijn strevingen en behoeften verwezenlijkt binnen de instellingen van die samenleving.

Het stelsel heeft ongedachte voordelen opgeleverd en ook de fabrieksarbeiders hebben daar baat bij gehad. Er is ook een moeilijk te schatten prijs voor betaald. De verwoesting van de natuurlijke omgeving is niet alleen een neveneffect, die vernietiging is ook de negatieve omschrijving van produktie: het voortbrengen van fabrikaten is het vernietigen van grondstoffen.

'But to produce something means to destroy something else. That is the dynamics of modern production: it must continue as long as there is anything left to destroy.'[1]

In dit opstel gaat het over de produktiefactor menselijke arbeid en het bijzondere daarvan is ook dat arbeid niet altijd alleen maar offer is of opoffering, maar dat het, los van het produkt en in zichzelf, ook opbrengst kan zijn en arbeidsvreugde, bevrediging kan geven. De algemene teneur van de arbeidsfilosofie in de marxistische traditie is dat dit niet geldt voor de industriearbeid in de kapitalistische maatschappij, omdat alle lustbeleving daarin verloren is gegaan door de manier waarop die arbeid georganiseerd is, door de onttrekking van het beheer van de produktiemiddelen aan degenen die ze hanteren. In die zin wordt dus ook de arbeid in het produktieproces 'vernietigd', is geheel en al offer ten behoeve van het produkt, een afzonderlijke opbrengst in arbeidsvreugde en zingeving bestaat niet.

Het is zeker waar dat sociologen en filosofen en de meeste geletterde of leidinggevende beschouwers fabrieksarbeid afschuwelijk vinden om aan te zien, onverdraaglijk om te doen. Maar de fabrieksarbeiders zelf hebben zich althans op het oog ermee verzoend. Weinig verzet klinkt uit de fabriekshal door, de zeldzame protestacties betreffen meestal niet de aard van de arbeid of van de arbeidsverhoudingen, maar de beloning; de sociale zogenaamde wetenschapsmensen die de arbeiders hun mening vragen, rapporteren grote tevredenheid met de arbeidsomstandigheden. Ook al zijn handarbeiders het minst vaak te-

vreden, tweederde tot driekwart en meer zegt vrede met hun werk te hebben.[2] Daarmee zijn de kamergeleerden en cultuur-critici uitgepraat, de sociologen des velds hebben alweer een existentieel probleem de wereld uitgeholpen... Als hun waarnemingen geldig zijn tenminste, en dat zijn ze niet.

Maar aangenomen dat de onderzoekers gelijk hebben, en de meeste deskundigen en chefs geloven dat, dan blijft toch een kwellende vraag bestaan: als mensen tevreden zijn met omstandigheden die andere mensen onverdraaglijk voorkomen, zoals fabrieksarbeid immers intellectuelen en leidinggevenden onverdraaglijk toeschijnt, wat dan te denken van zulke 'tevreden' mensen? Of: wat te denken van iemand die achtduizend maal per dag dezelfde hendel overhaalt en er 'tevreden' mee is? - 'Hij weet niet beter, hij kent niet anders.' Maar als dat zo is, zou hij dan als hij wel beter wist, als hij wel anders kende, zou hij dan ontevreden kunnen zijn, en dus tevreden, verantwoordelijk en creatief in een andere arbeidssituatie? En zijn dan niet degenen die beter weten, niet in de positie van de christenen jegens de heidenen, in een staat van genade, waaruit de christenplicht voortvloeit tot zending en bekering, of, in dit geval, voor de intellectuelen en leidinggevenden, de taak om de arbeider in zijn menszijn in te wijden? *Of*: - andere tak van de christenheid - 'hebben de wilden geen ziel?', en zijn de arbeiders geen mensen in de zin waarin bijvoorbeeld de socioloog, de personeelschef of de vakbondsleider mensen zijn, creatief, verantwoordelijk, bewust?

Als het dus waar is dat de arbeiders tevreden zijn met iets dat voor niet-arbeiders onverdraaglijk is, omdat die arbeiders niet beter weten, dan is het ofwel de missie van wie zich volksopvoeder acht om hen uit die onwetendheid te verlossen en is er zolang zij in domheid leven iets vreselijks aan de hand, ofwel arbeiders kunnen verdragen wat anderen niet kunnen verdragen omdat zij geen mensen zijn, geen 'denkende' mensen, althans geen mensen zoals de personeelschef, de sociale deskundige of de vakbondsleider.

Wie ooit een bedrijfspsycholoog over zijn proefpersonen heeft horen praten, of een bedrijfsleider over zijn personeel, weet dat dit precies het dilemma is dat hen tot sprakeloosheid doemt of tot volstrekte wartaal brengt... hij moet mensen benaderen als dingen en voorgeven dat hij met mensen te maken heeft.

Het dilemma wordt naar de andere kant opgelost door de marxisten die zich met de moderne industriearbeiders bezighouden; zij zien, zij zien wat niemand ziet: de opstandeling, de verzetsman, de rebel, ver verborgen maar gloeiend aanwezig in de diepte van de arbeidersziel, en ooit, een dag, zal het vuur naar buiten spatten. De arbeiders mogen spelen voor ding, spelen voor nummer, spelen voor loonslaaf, maar ze zijn mensen, ongeacht de tijdelijke schijngestalten. Uiteraard is deze opvatting ethisch superieur aan die van de sociale deskundigen en beheerstechnici, omdat ze mensen voor mensen aanziet. Waar beide uitgangspunten mank gaan, is in de ontstellende armoede aan begrip hoe mensen in feite geestelijk functioneren onder beperkende en drukkende omstandigheden.

Gegeven dus het heersende sociaal-economische stelsel dat slechts kan voortbestaan bij voortdurende uitbreiding van de produktie, gegeven ook een beslissingsmechanisme dat menselijke behoeften slechts in aanmerking neemt voor zover ze zijn samengevat als de verhandelbare eisen van grote organisaties, en dat andere noden negeert; onder dat stelsel zijn de materiële omstandigheden van de fabrieksarbeider draaglijk gemaakt en is zijn arbeid fysiek vol te houden. Voor het overige komt die arbeid de toeschouwer nog steeds onverdraaglijk voor, omdat de arbeidshandelingen eentonig en geestdodend zijn en omdat alle beslissingsmacht over arbeidsverhoudingen en bedrijfsbeheer aan de arbeider onttrokken is. Een paradox ontstaat door het veronderstelde empirische feit dat fabrieksarbeiders desondanks voor de overgrote meerderheid ‘tevreden’ zijn met hun werk onder die omstandigheden.

Komt dus de vraag aan de orde naar die ‘arbeiderstevredenheid’.

Om te beginnen is het de gewoonte enquêtes naar de arbeidsvreugde te houden binnen het bedrijf zelf en in de tijd van de baas.[3] In een omgeving dus waar het alvast niet gebruikelijk is om kritiek en protest openlijk te uiten, behalve dan tegen de ‘eigen mensen’. De sociologen en psychologen lijken nu juist niet op collega's, maar integendeel precies op de personeelschef met wie ze spraak, voorkomen en opleiding gemeen hebben. Dat geeft al weinig aanleiding tot vertrouwen; des te minder omdat een attitude-onderzoek veel lijkt op het sollicitatiegesprek en op de tests waaraan de arbeider bij zijn indiensttreding onderworpen werd en waarvan hij weet dat de resultaten hem voor altijd zullen volgen in zijn loopbaan binnen het bedrijf. Daarbij

komt dat het hier gaat om ongeschoolden of laaggeschoolden, een categorie mensen die gedefinieerd wordt door iets wat hun ontbreekt: diploma's, of door iets waarin ze gefaald hebben: examens. De beantwoording van vragen (‘duidelijke vragen waarop een precies antwoord wordt verwacht’) betekent voor hen dus iets anders dan voor de onderzoeker: wat diens welslagen in de maatschappij heeft uitgemaakt is nu precies de reden waarom zij achter de machine zijn gezet. En daarom, op zijn zachtst gezegd, is de ondervraging met gesloten vragen niet de geëigende methode tot het verwerven van inzicht in de geestesgesteldheid van de fabrieksarbeider, en, op zijn hardst gezegd, een domme rotstreek van mensen die beter zouden moeten weten tegenover mensen die zich er maar nauwelijks aan kunnen onttrekken.

Maar er is meer aan de hand. De bijzondere vraag: ‘Bent u tevreden met uw werk?’ is dubbelzinnig op minstens twee manieren. Als aan Volkswagenbezitters gevraagd wordt: ‘Bent u tevreden met uw auto?’ zal een overrompelend percentage antwoorden dat het kreng hun best bevalt. En toch sluit dat niet uit dat bijna iedereen liever een Mercedes had gehad als hij die betalen kon. Gegeven de aanschaffingsprijs zijn Volkswagenbezitters waarschijnlijk in meerderheid tevreden met hun wagen. Gegeven hun opleiding, maatschappelijke kansen en verwachtingen zijn veel arbeiders ‘tevreden met hun werk’, met andere woorden: ergens anders is het net zo beroerd en het is ze niet tegengevallen.

Die verwachtingen ten aanzien van het werk zijn voor fabrieksarbeiders waarschijnlijk minder dan voor anderen. De gedachte dat arbeid in zichzelf bevrediging moet geven, het gevoel voor eigenwaarde sterken moet en de maat moet zijn voor iemands aanzien in zijn omgeving, is de gedachte van kleine zelfstandigen, hogere beambten en ondernemers: van mensen die aan de arbeidsomstandigheden nog het een en ander kunnen veranderen en die hun werk in eigen en andermans ogen goed of minder goed, in elk geval op een persoonlijk bepaalde wijze kunnen verrichten. Als in het resultaat van de arbeid niets terug te vinden is van degene die het deed, liggen uiteraard de verwachtingen van de werker volkomen anders.

Iemand die fabrieksarbeid doet, meet zich niet aan zijn arbeid, zoals een ondernemer of een ambachtsman. Zijn arbeidsgenoegen

put hij veeleer uit hobby's (die hij juist *niet* als arbeid ziet, terwijl ze vaak bestaan in bezigheden die voor anderen wel deel van hun werk zijn), zijn verantwoordelijkheidszin krijgt gestalte tegenover het gezin, zijn gevoel voor eigenwaarde ontleent hij mede aan de waardering van buurtgenoten en familieleden. Het werk doet er voor het gevoel niet zoveel toe, het is noodzakelijke bestaansvoorwaarde om het leven elders mogelijk te maken. Zo knapt de arbeider dus acht uur per dag met betrekkelijke gelatenheid het karwei op, zoals zoveel mensen op gezette tijden een noodzakelijk corvee verrichten. Voor elke afzonderlijke arbeider doet zich immers geen andere mogelijkheid voor om voor zich en de zijnen in het levensonderhoud te voorzien. Hier grijpt weliswaar de filosofie van de vervreemding in, van een wijsbegeerte die weigert de arbeid als een 'noodzakelijk kwaad' te aanvaarden en eist dat de mens zin en bevrediging in zijn arbeid vindt. Maar de arbeider is niet alleen vervreemd van zijn arbeid, maar ook van de filosofie. Hij is bereid zijn werk te beschouwen als niets anders dan offer voor de opbrengst van vrije tijd en welstand, juist zoals in het economisch systeem die arbeid alleen geldt als offer voor de produktie. Meer verwachten de meeste arbeiders er niet van.

Een tweede misleiding in de tevredenheidsvraag heeft te maken met een verschillend woordgebruik. Bij uitgebreide gesprekken van vraag en tegenvraag[4] blijkt dat arbeiders tevredenheid niet opvatten als een gemoedstoestand, maar als een eigenschap of een vermogen: 'Bent u tevreden?' blijkt verstaan te worden als: 'Kunt u zich wel schikken in de omstandigheden?' En het antwoord luidt dan ook vaak: 'Ik ben geen kankeraar', of: 'Ik hou niet van die chagrijnige types.' En het gebeurt dan ook dat de vraag niet begrepen wordt als: 'Voldoet het werk aan uw verwachtingen?', maar als: 'Voldoet u zelf aan uw verwachtingen?' Zoals in de volgende dialoog. 'Zou u nou zeggen, ja het is een beetje een rare vraag, maar we zijn toch bijna aan het einde van de band, zou u nou zeggen dat u wel een beetje tevreden bent met uw leven?' - 'Ja, ik kan wel zeggen dat ik geslaagd ben, ja. Mijn opgave is te zorgen dat mijn gezin geen gebrek lijdt, ook al ben ik zelf ongeschoold. En daarover heb ik nooit verwijten te horen gekregen.' Maar dat was de vraag niet, of blijkbaar wel.

Dit zijn geen incidentele betekenisverschuivingen. Steeds weer blijkt dat arbeiders de neiging hebben hun levensomstandigheden te

herleiden op hun eigen kwaliteiten en beslissingen. Dat een man al zijn leven aan de machine moet staan is voor hemzelf vaak niet zozeer het resultaat van de heersende produktieverhoudingen, van het onderwijsstelsel of van het personeelsbeleid van het bedrijf, maar van het feit dat *hij* geen diploma's heeft gehaald, dat hij geen strever is, dat hij niet zo'n prater is, dat hij een hekel heeft aan vriendjespolitiek en slijmen. Rypke Sierksma heeft het in *De Gids* 4, 1971 over ‘de individualisering van het denken’ en raakt daarmee de kern van het verschijnsel onder een ongelukkige benaming: het is niet dat het denken geïndividualiseerd wordt, het is dat de scholing tot denken in sociale en historische termen ontbreekt en dat zulk denken op geen enkele manier wordt aangemoedigd door het culturele milieu; het blijft dus bij individualiserend denken.

Net zo blijkt in de gesprekken dat arbeiders zich heel goed rekenschap geven van de crisisjaren en de oorlog en van de veranderingen sindsdien, zonder op de gedachte te komen dat hun besluit om in die periode van school te gaan en de fabriek in, niet zomaar het besluit was van de vijftienjarige van toen, maar ook het bijna onontkoombare resultaat van de sociale omstandigheden van dat tijdsbestek. ‘Omdat ik toen niet wou doorleren - en dat kon bij ons thuis ook niet - ben ik de fabriek maar ingegaan.’ En daarmee ligt ‘de schuld’ bij hem en bij thuis.

Op deze manier wordt de vraag naar de tevredenheid van de man met zijn werk een vraag niet naar de beoordeling door de man van zijn werk, maar naar de beoordeling door de man van zichzelf. De individualiserend denkende arbeider is ‘zelf schuld’, hij heeft het ‘zichzelf aangedaan’; eerder een teveel aan persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel dan een tekort, zoals de arbeiders zo vaak wordt aangewreven.

Omdat de arbeider zijn sociale positie aan zichzelf wijt, is het in zijn ogen dus ook de verdienste van hogergeplaatsten dat zij het wel zo ver gebracht hebben. Daarmee wordt de maatschappelijke orde gerechtvaardigd ten koste van de man zelf. Omdat hij ‘niet geleerd’ heeft, omdat hij ‘niet zo'n vlotte prater’ is, en ‘niet zo'n studiehoofd’, omdat hij ‘maar een lompe boer is’, is het juist goed dat hij staat op de plaats waar hij staat en dat een ander meer verdient, leuker (maar ook ‘moeilijker’) werk doet en de orders geeft die híj moet opvolgen.

Elk maatschappelijk stelsel produceert een rechtvaardiging voor de

bestaande verhoudingen en juist de minst geschoolden worden daarin het diepst geschoold en hebben de minste tegenargumenten tot hun beschikking. In sociale hervormingstheorieën steekt althans een belangrijk therapeutisch effect: ze leggen 'de schuld' van het maatschappelijk falen niet bij de enkeling maar bij bepaalde maatschappelijke factoren, in elk geval bij 'de ander' of 'iets anders'.

De conclusie kan zijn dat onder de hogelijk intimiderende omstandigheden van de enquête de tevredenheidsvraag niet vraagt wat ze vraagt - de evidentie kan grotendeels als misleidend terzijde worden gelegd. Maar daarmee zijn de arbeiders nog steeds niet in opstand. Integendeel, in allerlei opzichten gedragen zij zich hoogst conformistisch, conformerend aan heel andere normen dan de *proletkult* zou doen verwachten.

De belangrijkste oorzaken daarvoor zijn dat het economisch stelsel, in vergelijking met vroeger voor oudere arbeiders en in vergelijking met thuis voor gastarbeiders, de materiële omstandigheden heeft verbeterd en dat arbeiders *van hun werk* niet veel anders verwachten.

Voor het bijzondere conformisme van zogenaamde ongeschoolde arbeiders geldt bovendien een verklaringsgrond die verband houdt met hun gebrek aan vakscholing. 'Ongeschoolden' zijn mensen die geen erkend dagonderwijs gevolgd hebben na de leerplichtige leeftijd. Dat wil helemaal niet zeggen dat ze daarom ook altijd eenvoudig werk doen. Dikwijls hebben zij binnen het bedrijf een langdurige ervaring opgedaan: ze heten dan 'geoefenden' in het fijngevoelige taalgebruik dat (lichamelijke) oefening zo teder onderscheidt van (geestelijke) scholing. Met de snelle technische verandering zijn allerlei werkzaamheden opgekomen waarvoor geen speciale opleidingsscholen bestaan en die ook van oudsher niet als ambacht zijn erkend, maar die toch een bijzondere vakbekwaamheid vereisen. In elektronische bedrijven bijvoorbeeld, solderen meisjes met speciale apparatuur een ragfijn netwerk van honderden draadjes voor computergeheugens: 'wirewebbing'. De personeelschef die zijn gast rondleidt toont grijnzend dat hij zelfs niet één draadje vast kan zetten. Het fabrieksmeisje weeft de draden door elkaar met de kalme zekerheid van een tapijtenknoper en dat is precies wat ze is: alleen zij geldt en wordt beloond als ongeschoolde, ambachtsloze en haar vakkennis is geheel en al aan het bedrijf gebonden, nergens anders kan ze haar bekwaam-

heden gebruiken, geen diploma maakt haar kennis algemeen geldig, de marktwaarde van haar vaardigheden is nihil. Daar komt het op aan: ongeschoolden zijn mensen wier vakkennis geen marktwaarde heeft, soms omdat die vakkennis er niet is en soms omdat hij niet gestandaardiseerd is en niet erkend als vrij uitwisselbaar economisch goed. Zo'n geoefende ongeschoolde is 'aan het bedrijf gebonden', afhankelijker dan een gediplomeerd vakman. 'Nee, je kan die kennis niet meenemen, d'r is niet nóg een firma waar ze dat doen, maar ik kan altijd mijn handen laten wapperen en dan begin ik wel weer helemaal van voren af aan.'

De bijzondere afhankelijkheid van de ongediplomeerde geoefende werkt een zekere horigheid in de hand en dwingt hem zich aan het bedrijf te conformeren.

Het veel gelaakte consumptiepatroon van fabrieksarbeiders, waaruit hun verburgerlijking en conformisme blijken moeten, lijkt vooral op het patroon van elke andere tijdgenoot en medeburger en moet dus niet zozeer uit hun bijzondere omstandigheden verklaard worden, maar uit die omstandigheden die ze juist meer en meer gemeen hebben met alle andere consumenten in de industriële samenleving. Met des te meer energie zullen zij zich bovendien op die consumptie werpen, omdat zij in zoveel opzichten de mindere zijn, terwijl nu juist 'hun geld even goed is als dat van een ander'. Hun televisie en hun auto zijn dus blijk van een gelijkwaardigheid die in de arbeid juist ontkend wordt. 'Dat zijn geen goedkope spullen die wij hebben, hoor, geloof dat maar niet.' Of: 'Je wil toch ook sparen voor je huis later en het is toch al zo moeilijk om in deze maatschappij een beetje iemand te zijn.'

Dat de artistieke en literaire smaak van arbeiders niet dezelfde is als die van hogere beambten en intellectuelen, heeft veel te maken met een verschil in opleiding en een verschil in toegankelijkheid van cultuurgoederen. Maar er is nog een ander proces aan de gang: een nieuwe elite van beambten, academici en technici wil zich in een betrekkelijke machtspositie rechtvaardigen door blijk te geven van een bijzondere gevoeligheid, een goede smaak die hen onderscheidt van het klootjesvolk. Vandaar dat bijna per definitie bij die elite in de smaak valt en in de mode is wat 'gewone' mensen niet begrijpen, gek vinden of afwijzen. Zo zou het wel eens kunnen zijn dat de woest her-

vormingsgezinde VPRO nu juist aan een categorie van technische, intellectuele en economische stijgers het cachet geeft en de 'bijzonderheid' die zij nodig hebben om zich als nieuwe elite af te zetten tegen een oudere categorie van de middenklasse en tegen de arbeiders, die dan ondertussen naar de TROS kijken; het zijn misschien niet zozeer de arbeiders die verburgerlijken, maar de intelligentsia die zich vermeit in het aandragen van gedistingeerde cultuurkost voor een nieuwe elite, een nieuwe burgerij die oude burgerij en arbeiders gelijkelijk uitsluit.

Is zo de achtergrond met vele zijpaden in kaart gebracht, dan rest de vraag hoe fabrieksarbeiders zich dan wel tot hun werk verhouden.

Het werk vraagt weinig geestelijke inspanning, het gebeurt als het ware met de linkerhand, vraagt voortdurend de aandacht zonder de gedachten echt in beslag te nemen. Daarin lijkt het op autorijden. Het inzicht en het verstand dat een volwassen mens buiten de fabriek nodig heeft om rond te komen, blijft bij het werk buiten spel. Maar omgekeerd valt het werk weg zodra de arbeidstijd om is. 'Als je de fabriek uit bent ben je het vergeten.' Beslissingen worden niet verlangd en verantwoordelijkheid wordt de arbeider niet gegeven. 'Je hebt ook geen zorgen.' Anderen regelen, anderen geven de opdrachten. De arbeider doet wat van hem verlangd wordt en niet meer. De arbeidsanalyst en de tijdopnemer hebben tot in het onwaarschijnlijkste detail uitgerekend wat van de arbeider verwacht kan worden en hoe dat zal worden beloond en de meeste arbeiders maken er een punt van ook niets meer dan dat te doen. Wat binnen dat precies bestek is vastgesteld kan de baas van zijn mensen vragen, daarboven is het een gunst van de arbeider die gegeven wordt in ruil voor tegengunsten: goed gelegen snipperdagen of langere pauzes.

Of een arbeider nu hart voor zijn werk heeft of niet maakt voor de kwaliteit van het produkt nauwelijks iets uit, want zelfs de kwaliteitscontrole is meestal aan hem onttrokken. Omdat gevoel en verstand dus niet ter zake doen, heeft de arbeider vaak het idee dat hij op het werk er eigenlijk niet is: 'Op het werk dan ben je jezelf niet.' Dit leidt tot een ingewikkeld zelfbedrog, waarvan vooral jonge arbeiders nogal eens blijk geven: 'Ik doe het voor de centen en nergens anders voor, ik doe wat ik doen moet en verder moeten ze mij nergens mee aankomen.' Dit alles op een tamelijk triomfantelijke toon, alsof

ze daarmee het bedrijf aardig tuk hebben. Alsof het bedrijf teleurgesteld zou zijn in zijn warmhartige genegenheid voor de werknemers (bedrijven wenden dat nogal eens voor bij monde van oudere chefs en sociale werksters). Een stap verder zijn de uitzendelingen van arbeidsverhuurbureaus bij wie van bedrijfsbinding helemaal geen sprake is en die als kleine zelfstandigen zonder kapitaal hun arbeid verhuren. ‘Play the system to beat the system.’ Omdat zij zelf de complete verzakelijking van de verhouding voltrokken hebben, zien zij zichzelf als kleine ondernemers, even slim en even hard. Maar met dat al verdienen zij nog steeds even weinig en blijft de arbeid even zinloos, alleen zijn ze nu de knecht van twee meesters.

Zo is iemand op zijn werk en tegelijk ook niet, hij wil er geen betekenis aan geven, geen plezier van hebben en vooral geen verdriet, geen eigenwaarde aan ontlenen en de vernedering ontlopen. Veel werkende vrouwen willen voor hun buren niet weten dat zij op de fabriek werken, dikwijls vertellen fabrieksarbeiders dat zij hun medearbeiders niet thuis willen ontvangen: ‘Het gaat hun niks aan wat wij van onze centen doen.’ Echtgenote en kinderen hebben de fabriek zelden vanbinnen gezien en vaak hebben zij geen idee wat de man er eigenlijk uitvoert. Als dan in de gezinskring het werk ter sprake komt, blijkt soms wat gêne bij de arbeider.

Is de arbeider dus vaak niet helemaal aanwezig op het werk, soms is hij helemaal niet aanwezig.

Ziekteverzuim is de voornaamste grond voor absenteïsme. Binnen een context van dwang en tegenzin is ziekte een uitermate dubbelzinnige aangelegenheid. Iemand die ziek is hoeft immers zijn verplichtingen niet na te komen en heeft bijzondere voorrechten. Allemaal redenen die voor gezonde mensen het ziek zijn heel aantrekkelijk kunnen maken. Griep en verkoudheid zijn van die schaduwtoestanden tussen ziekte en gezondheid. Voor een fabrieksarbeider kan zo'n licht ziekbed een welkome rusttijd zijn. Het loon wordt doorbetaald, de chefs zijn niet boos maar onverschillig, hoogstens bezorgd. Voor een plichtsgetrouwe en gewetensvolle arbeider is het probleem zichzelf te overtuigen dat hij ziek is en daarin helpt het lichaam vaak op wonderbaarlijke wijze. Verder geen zorg, want ‘zonder mij gaat het werk ook heus wel door’. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ruim de helft van het aantal verzuimdagen wegens ziekte (1966-'68) wordt

toegeschreven aan ‘ziekten van de ademhalingsorganen’ (onder andere verkoudheid en gr̓iep, vierendertig procent) en aan ‘onbekend’ (twintig procent)[5]. ‘Griepen’ betekent in het Oostnederlands spraakgebruik ook ‘klagen’. Maar inzicht in het verband tussen onvrede op het werk, verzuim en ziekte blijkt telkens weer: ‘Alsmaar hetzelfde werk, dezelfde bewegingen, daar word je moe van. En dan willen de bazen dat het vlugger gaat. Dat slaat op je maag, of op je zenuwen en daar word je ziek van.’

Ziekte is een legitieme verschoningsgrond en bovendien nogal oncontroleerbaar. Een metaalarbeider krijgt na vijfentwintig jaar fabriekswerk opeens last van zenuwaanvallen. De bedrijfsarts onderzoekt hem en kan niets vinden. Hij geeft de man echter de raad mee om, zodra hij zijn zenuwen voelt opkomen, de machine stil te zetten en rustig te wachten tot zijn zenuwen tot bedaren komen. ‘Nou en dan gaan ik eens piesen en een bak koffie drinken aan de automaat en ondertussen laat ik die machine gewoon stilstaan.’ De nerveuze aanvallen komen voortaan nauwelijks meer voor. De arts hoefde de man alleen maar het idee te geven, op zeer geleerd gezag, dat zijn emoties de voorrang hadden boven de gang van de produktie: ‘Als het met mij niet goed gaat, dan gaat het met de machine ook niet.’ In ziekteverzuim steekt dus vaak een ‘verzetsmoment’, zoals Ebels het in *De Gids* 4, 1971 noemt. Maar het betreft dan toch een verzet dat niet openlijk blijken mag, en dat vaak door de arbeider zelf niet als zodanig herkend wordt. Het is een functioneel verzet, voor zover het de arbeider althans tijdelijk bevrijdt van zijn arbeidsonlusten en zolang de ziekte niet onaangenamer is dan het werk.

Een andere, al even dubbelzinnige, tegenstand blijkt ten aanzien van promoties. De arbeiders die nu in de vijftig zijn hebben hun schoolopleiding afgebroken tijdens de crisisjaren, de daaropvolgende generatie kwam vlak na de oorlog de fabriek in. Door de tijdsomstandigheden kwam zo een groot aantal mensen in ongeschoolde posities terecht, dat naar aanleg geschikt was voor voortgezet onderwijs. Uit deze mensen zijn vaak later de voorlieden, meesters en het middenkader gerekruteerd. Maar de meesten zijn ‘op de vloer’ gebleven, vaak ongeacht hun kwaliteiten. Misschien bij gebrek aan vrijkomende hogere posities, misschien ook vanwege de onwil om baas te spelen over medearbeiders, een onwil waarvan de meeste arbeiders nogal heftig

blijk geven: ‘Baas worden? da's niks voor mij. 'n Baas Staat aan twee kanten, da's een tweezak die over zijn eigen mensen baas moet spelen. Hoe kan dat?’ Personeelschefs, daarentegen, beweren dat hun van die onwil weinig blijkt wanneer zij een arbeider uitnodigen om voorman te worden. Het kan zijn dat arbeiders in een interview de eer aan zich houden door vol te houden dat zij zouden weigeren, terwijl ze in feite teleurgesteld zijn dat ze nooit zijn gevraagd. Het kan ook zijn dat de meesten in hun afwijzing zouden volharden en dat personeelschefs het soort arbeiders promoveren dat wel bereid is om carrière te maken, dat ‘blijk geeft van een positieve instelling tegenover het bedrijf’.

Voor jonge ongeschoolde arbeiders zijn de promotiekansen nog veel kleiner. In hun schooltijd werkte de schudzeef van het onderwijs ongestoord door crisis of door oorlog. Zij zijn dus inderdaad de minst begaafden, althans dat geloven zij zelf en dat geloven de chefs waarmee zij te maken hebben. Bovendien is het aanbod van geschoolden toegenomen en gelooft de bedrijfsleiding dat voor leidinggevende functies scholing meer en meer vereist is, zodat de voorlieden niet meer uit de ongeschoolden zelf gekozen worden.

Bij de gastarbeiders werkt de selectie in omgekeerde richting: de meest ondernemende en de meest ambitieuze dorpelingen melden zich voor arbeid in het buitenland. Dit (vermeende?) feit leidt zo te zien tot een positieve discriminatie: veel bedrijfsleiders en personeelschefs geven bij promoties in technische functies de voorkeur aan buitenlanders die bijzonder handvaardig en leergierig zijn gebleken en bovendien ijverig en gehoorzaam. Bij de leiding blijkt weinig van vreemdelingenhaat, hoogstens van volkomen verzakelijking (‘ik haal zelf elk jaar een lading Turken hier naar toe’). De Nederlandse arbeiders zijn vaak geïrriteerd door de onmogelijkheid van conversatie en zien de buitenlandse contractarbeiders soms als mogelijke stakingsbrekers, maar verder blijkt weinig van tegenzin of zelfs belangstelling.

De vrouwen in de fabriek (en op kantoor) staan op de laagste plaats en doen het meest afstompende werk (zogenaamde ‘lichte werkzaamheden’); bijna alle verpakkingswerk is vrouwenarbeid. Voor meisjes en vrouwen geldt in hoge mate ‘dat ze er eigenlijk niet zijn’. De meisjes voelen zich in een tussenfase, na de school en vóór het huwelijk. De getrouwde vrouwen zijn ‘eigenlijk’ huismoeders, die het - ook als het om volle dagen gaat - ‘om de bijverdienste’ doen.

Dat een vrouw het gezinsinkomen verdient is uitzondering, dan moet haar man wel invalide zijn of asociaal, of ze is gescheiden of ongetrouwd gebleven en dus een ‘oude vrijster’. De volwassen arbeidster is dus iemand die of alleen maar bijverdient en daarom de arbeidsverhoudingen niet helemaal ernstig neemt, of iemand voor wie zich buiten de fabriek al teleurstellingen hebben voorgedaan waarop ze haar frustraties eerder zal herleiden dan op diezelfde arbeidsverhoudingen.

Vreemde bochten in de arbeidswetgeving leiden tot bijzondere vormen van uitbuiting. Zo worden vrouwen niet zonder speciale vergunning toegelaten tot de beter betaalde ploegendienst; in een grote spinnerij doen zij dus het ‘dagwerk’ en tillen klossen tot twintig kilo in kartonnen dozen - het zwaarste werk in de fabriek dat geen man wil doen omdat hij in de vol-continu dienst meer loon krijgt voor lichter werk. Geschraagd door taai vooroordeel bij de vrouwen zelf, die immers ‘niet technisch’ zijn en ‘geen echte arbeider’, wordt de machinebediening meestal aan mannen overgelaten. Wie een machine bedienen kan, ook al doet hij dat in feite alleen maar af en toe, komt in een hogere loongroep terecht. Dus worden vrouwen aangenomen in een lagere loonklasse dan mannen die precies hetzelfde werk doen, omdat de vrouwen traditiegetrouw van de machine afblijven, terwijl de mannen eraan *kunnen* komen.

Zijn vrouwen in de fabriek de meest volgzamen en de meest plooibaren, ze hebben hun eigen ‘verzetsmomenten’: vrouwen kunnen elke maand een of twee dagen wegblijven zonder dat een baas of controlerend arts daar iets tegenin kan brengen zolang ze het maar periodiek houden. Maar vooral groepsgewijs gebruiken arbeidsters en kantoormeisjes hun vrouwelijkheid. Op een vrouwenafdeling durven mannelijke chefs die er niet thuishoren zich meestal maar nauwelijks te vertonen: staren, aanstoten, giechelen en roepen brengen de superieuren al dadelijk tot verlegen houdingloosheid. (Waar blijven de handen? Inspecterend achter de rug ineengevouwen, of moeten de armen heerszuchtig over de borst gekruist, of toch maar een hand nadenkend voor de mond geslagen?) Het is een erotisch geladen groepsaanval waartegen een man alleen, een superieur die beschaafd wil blijven, zich geen houding weet te geven. Op een typekamer krijgen de meisjes en bloc een slappe-lachaanval die de chef en zijn gasten de zaal uit-

jaagt: de meisjes zijn verschoond gebleven van de inspectie en ‘zij kunnen toch niet helpen dat ze werden aangestoken?’

Peter Schneider[6] beschrijft hoe de vrouwen bij Bosch steeds tegen de langskomende bazen aanbonzen en de loopjongens bij de lurven grijpen: ‘So findet in der Halle eine ständige körperliche Kommunikation statt, neben der der Austausch durch die Sprache als etwas Zweites und Abgeleites erscheint.’

Maar het lijkt wel alsof die lichaamscontacten juist moeten meedelen wat in spraak ongezegd moet blijven - agressieve zelfbevestiging: als jullie ons hier als kerels laten werken, zullen we jullie ook als kerels te pakken nemen.

Het kan zijn dat de verveling en de dwang om op de plaats te blijven een zekere geilheid oproepen, ook als bevestiging van de eigen vitaliteit (gedenk de lange middagen op school...). De nadrukkelijke roerigheid van mannen op het werk, wanneer een vrouw verschijnt, moet ook te kennen geven dat die arbeiders niet zulke doetjes zijn als zij op het werk wel moeten lijken.

Fabrieksarbeiders staan voortdurend onder toezicht, zij weten het oog van de baas op zich gevestigd. Een manier om dat gevoel af te schudden is niet op of om te kijken, zelf blind te zijn. Nog steeds is het voor een chef doodgewoon om staande naast een arbeider tegen zijn gast over de man te praten alsof hij het niet horen kan (‘en dit is een ouwe getrouwe, al vijfentwintig jaar bij het bedrijf’) en de man houdt zich doof. Het is gewoon om een man te tutoyeren, om hem met een wenk uit zijn werk te halen, om hem in het bijzijn van buitenstaanders te kapittelen over laatkomen, roken, slordigheid op de arbeidsplaats of het verzuim een veiligheidsbril te dragen. Op zo'n vernedering kan de man alleen maar knullig reageren, want een menselijke reactie, een mep of een vloek, wordt afgestraft. ‘Net schooljongens,’ verzucht de chef dan. Zo is het: de school, te vroeg verlaten, blijft de ongeschoolde altijd bij.

Veel arbeiders houden als het even kan vijf minuten voor tijd met hun werk op en beginnen met eindeloze traagheid hun boeltje in te pakken, zorgvuldig in beweging blijvend, dús nog aan de arbeid. Dan staan ze op en schuiven zo langzaam als maar kan naar de streep. Elk bedrijf heeft een punt (deur, strepen op de vloer, prikklok) dat geen arbeider passeren mag voor de sirene gaat. Daar staan dan een

paar minuten voor tijd een aantal arbeiders met op hun gezicht een afwezige uitdrukking. ‘Ik sta hier eigenlijk niet’, tot het tijdsein klinkt en ze zich in volle draf naar het waslokaal en de bussen begeven.

In deze spelletjes steekt een zeker onuitgesproken collectief verzet, maar het blijft steken in gezamenlijke ‘stoutheid’, omdat de arbeiders zelf niet het gevoel hebben in hun recht te staan. Veel duidelijker en van veel meer belang is de collectieve tegenstand die blijkt uit het laag houden van het arbeidstempo, het ‘drukken’, waartegenover dan het ‘jagen’ van de chefs staat. Van dag tot dag en van fabriek tot fabriek is dat de meest directe en algemene verschijningsvorm waarin de klassenstrijd zich aan de arbeiders voordoet.

De tegenstand gaat verder en moet daarom geheim blijven als het gaat om sabotage en diefstal. Controle van tassen en jassen bij het uitgaan van de fabriek geldt in de meeste bedrijven als vanzelfsprekend. Diefstal is grond voor ontslag op staande voet. Een straf die naar de gevolgen de ernst van een eventueel strafvonnis ver te boven gaat en bovendien met veel minder rechtswaarborgen omkleed is. Ondertussen ‘rommelt’ het leidinggevend personeel met de onkostenrekening voor veel grotere bedragen, maar als het vergrijp niet wordt weggelachen, volgt hoogstens een berisping.

Uit gesprekken blijkt dat sabotage vrij vaak voorkomt en door arbeiders dikwijls wordt goedgekeurd of goedgepraat in tegenstelling tot diefstal, die bijna altijd wordt afgekeurd.

Een scheur of een losse schroef in de lopende band is een goed begin en er is altijd wel iemand die de storing verder helpt, tot de band stil komt te staan. Op een verpakkingsafdeling waar de meisjes in heel hoog tempo pakjes in kartonnen dozen moesten leggen, gaf het oudste meisje zo om het uur een forse ruk aan de papierstrook waaruit de machine pakjes perste - het snijmes hakte dwars door de pakjes heen en de inhoud spoot door de afdeling. De chef, die als enige de machine mocht bijstellen, werd erbij geroepen en dook dan met zijn hoofd in het raderwerk om de machine weer aan het lopen te krijgen. Ondertussen zaten de meisjes te gieren van het lachen - overigens hun enige contact, want ze spraken alle drie een andere taal. Voordat de machine dan weer in panisch ritme kon gaan draaien, moesten de meisjes natuurlijk eerst de rommel opvegen, wat ze met de grootst mogelijke zorg deden, want het was een proper bedrijf.

Deze vorm van sabotage is functioneel, verschaft een arbeidspauze, en is collectief, omdat ze gebeurt met medeweten en medeplichtigheid van de collega's. Swados[7] vertelt hoe arbeiders in een autofabriek voor zij de staartvin dichtlassen er eerst nog een handvol bouten ingooien: als de oorzaak van de rammel al ooit ontdekt wordt is hij toch niet meer te verhelpen.

De omvang en verbreidheid van dit soort sabotage is niet te schatten: de strengste gedragsnorm onder arbeiders is het volstrekte verbod op klikken en aanbrengen.

Het ziet er niet naar uit dat eentonige, geestdodende arbeid ‘vanzelf’ verdwijnen zal, door mechanisering van de handelingen. Moderne verkooptechnieken eisen een verpakking en een afwerking die juist de vraag naar eentonige, maar ‘zorgzame’ en dus niet te mechaniseren arbeid doet toenemen: een derde van de arbeidsuren die aan de fabricage van een personenauto wordt besteed, is nodig voor het schuren, plamuren en lakken van de carrosserie en voor afwerking van de binnenbekleding. De duurzaamheid en weerbestendigheid zouden door een enkele onderdompeling in een verfbad beter verzekerd zijn; al dit ellendige werk wordt gedaan om de wagen een aantrekkelijker voorkomen te geven. Het grootste deel van het mensenwerk in de voedingsindustrie is gericht op de verpakking en de presentatie van de artikelen. Stompzinnig werk dat wordt gedaan door vrouwen en meisjes die met de grootste zorg bonbons in crêpepapier vlijen, terwijl in hun eigen woonwijk kinderen onbewaakt oversteken, met veertig tegelijk in een klas moeten zitten, zonder toezicht op straat moeten spelen, terwijl het ontbreekt aan gezinsverzorging, ziekenhulp, terwijl ouden van dagen in tehuizen moeten worden ondergebracht bij gebrek aan wijkverzorgsters.

Nutteloze arbeid, afgedwongen door een blind en verwrongen marktmechanisme dat voorwerpen met neurotische zorg omringt en mensen tot absurde werkzaamheden dwingt, terwijl tegelijk andere mensen verkommeren omdat ze de zorgen ontberen die nu juist hun medemensen die de fabriek in moeten, hun zouden kunnen geven.

Misschien is sommige stompzinnige arbeid noodzakelijk, een groot deel is zeker nodeloos en nooit heeft de gemeenschap kenbaar gemaakt dat die inspanningen werkelijk gewenst worden, dat aan snoepjes en auto's meer zorg toekomt dan aan mensen. En als dan

niet alle geestdodende arbeid gemist kan worden, dan nog is het niet gezegd dat daarvoor een bepaalde bevolkingsgroep tot aan het eind van zijn levensdagen moet opdraaien. Als sommige eentonige werkzaamheden volstrekt onmisbaar zijn, dan zouden ze beurtelings vervuld kunnen worden door ieder die er baat bij heeft. Noodzakelijke ongeschoolde en geestdodende arbeid zou als corvee over de gemeenschap verdeeld kunnen worden; als het niet uitmaakt wie het doet en het geen scholing vereist, kan dus iedereen het bij toerbeurt een aantal malen in zijn leven doen. Het kán, dat wil niet zeggen dat het gebeurt, en onder dit stelsel zal het zeker nooit zo ver komen.

Maar in de tussentijd zou een politieke gemeenschap die de ontplooiing van al zijn leden hoog in het vaandel heeft geschreven, zich wat meer kunnen bekommeren om wat de ongeschoolden wordt aangedaan. Er zijn fabrieken gesloten, of de vestiging is ze geweigerd om wat ze in de natuurlijke omgeving aanrichten; maar in de bedrijven gaat het mensbederf gewoon door.

Eindnoten:

1 John H. Schaar & Sheldon S. Wolin, ‘Education and the technological society’. In: *New York Review of Books*, XIII, 6, October 9, 1969.

2 Vergelijk R. Blauner, *Alienation and freedom*. Chicago 1964, blz. 29; Berting & De Sitter, *Arbeidsvoldoening en arbeidsbeleid*. Utrecht 1960, blz. 168; Chr. von Ferber, *Arbeitsfreude, Wirklichkeit und Ideologie*. Stuttgart 1948, blz. 2.

3 Vergelijk de studie naar ziekteverzuim van Gadourek cum suis, statistisch zo verijnd dat de verwerking van gegevens moest wachten op nog beter rekentuig, maar in de benadering van de arbeiders zo onzorgvuldig dat middenin het vragenformulier wordt overgegaan van ‘u’ naar ‘je’. Een afzonderlijk validiteitsonderzoek naar de antwoorden van de enquête versterkt de hier vermelde twijfels (blz. 65). I. Gadourek, *Absence and wellbeing of workers*. Assen 1965.

4 De meeste citaten en waarnemingen in dit artikel zijn ontleend aan een reeks fabrieksbezoeken, een veelheid van incidentele gesprekken en een zestal uitvoerige vraaggesprekken van zes zittingen elk met arbeiders in hun eigen huis, grotendeels op de band opgenomen. Dit maakte alles deel uit van de voorbereiding van de televisiedocumentaire *Een boterham met tevredenheid* in samenwerking met Paul van den Bos.

5 *Statistisch zakboek '70*, blz. 26. Het percentage door arbeiders verzuimde dagen is in de afgelopen tien jaar bijna verdubbeld, tot 8,7 procent in 1969.

6 Peter Schneider, ‘Die Frauen bei Bosch’. In: *Kursbuch 21*, September 1970. In hetzelfde nummer: Marianne Herzog. ‘Akkordarbeiterinnen bei AEG/ Telefunken’. Woman's liberation heeft de belangstelling voor de werkende vrouw in de Verenigde Staten doen herleven, zie bijvoorbeeld de bijdragen van Judith Ann en van Jean Tepperman in *Sisterhood is powerful*. Een prachtige beschrijving geeft Elinor Langer, ‘The women of the Telephone Company’. In: *New York Review of Books*, XIV, 6, March 26, 1970.

7 Harvey Swados, ‘The myth of the happy worker’. In: *Identity and Anxiety*, (Stein, Vidich, White eds.), New York/London 1960.

2 De mens is de mens een zorg; over de verstatelijking van verzorgingsarrangementen

De helft van alle mensenjaren verloopt in hulpbehoevendheid. In gesprekken en geschriften over samenleving en politiek is meestal alleen sprake van mensen die voor zichzelf kunnen beslissen en voor zichzelf kunnen zorgen. Toch is op elk gegeven moment de helft van de mensen hulpbehoevend: kinderen en grijsaards, weduwen en kraamvrouwen, zieken en invaliden, krankzinnigen en zwakzinnigen vormen nu te zamen meer dan vijftig procent van de Nederlandse bevolking. Dat aandeel is geen biologische constante, want samenlevingsvormen bepalen mede de lichamelijke ontwikkeling en verzieking, bijvoorbeeld de leeftijd waarop geslachtsrijpheid intreedt, of de te verwachten levensduur. Wat iemand in gegeven fysieke omstandigheden kan uitrichten hangt ook al af van de wijze waarop zijn leven met anderen is ingericht. En wat mensen van zulke omstandigheden vinden, hoe ze ze omschrijven en onderscheiden, verandert ook al in de loop der tijd en langs lijnen van maatschappelijke verhouding. Toch zijn er op elk moment in de geschiedenis veel mensen, zo tussen een derde en twee derde, die naar de voor hen geldende opvattingen niet voor zichzelf kunnen zorgen. Bij nog nadere beschouwing blijkt dat alle anderen dat ook niet kunnen: niemand kan voor zichzelf zorgen. Wat mensen kunnen, is zorgen dat anderen voor hen zorgen.

Meestal doen ze dat in een verhouding van wederkerigheid, bijvoorbeeld binnen een ongeschreven boekhouding van wederzijdse verplichtingen waarbinnen ieder rechten kan ontlenen aan de vervulling van zijn plicht; of binnen een web van ruilverhoudingen tegen geld, waarin zij kopen tegen betaling, werken tegen loon. Telkens als er sprake is van een kennelijke tegenprestatie - en dus van wederkerigheid - wordt die wederzijdse afhankelijkheid tussen partijen juist opgevat als zelfstandigheid, elk van beiden heeft dan voor zichzelf gezorgd. Het lijkt duidelijker dan het is.

Naarmate die wederkerigheid in prestaties, en dus in afhankelijkheden, voor partijen verder te zoeken is, zullen zij zich vaak meer be-

schouwen als verzorgend of hulpverlenend enerzijds, hulpbehoevend anderzijds. De specifieke betekenis echter van woorden als ‘hulp’ en ‘zorg’ en van de begripsbepalende termen ‘tegenprestatie’ en ‘wederkerigheid’ verandert en tussen al die bezigheden die nu worden verricht als ‘hulpverlening’ of ‘verzorging’, bestaat niet veel meer overeenkomst dan dat die prestaties zonder erkende tegenprestatie blijven, en dat de verzorgers minder nodig hebben van de verzorgden dan omgekeerd. Maar zelfs die asymmetrie is de mensen vaak tot ergernis en wordt dan ook geloochend. Er is nog een andere overeenkomst, de gemeenschappelijke oorsprong van verzorgende beroepen in de goede werken van de vromen, en ook die erfenis wordt niet graag aanvaard.

Maar al die mensen die niet door rechtstreekse, en erkende, tegenprestaties kunnen zorgen dat anderen voor hen zorgen, kunnen in ieder geval toch iets anders: hun medemensen hinderen. Hun hulpeloosheid, en het leed dat daarvan de oorzaak is, of anders al snel het gevolg, stoort ieder die het aan moet zien. Kinderen en idioten, kreupelen, krankzinnigen, zieken en oudelieden, aan al die mensen die er zelf niets aan kunnen doen, moet dus een ander iets doen. De kracht der zwakken is hun hinderkracht. Zuigelingen, de meest hulpelozen van alle mensen, houden zich in leven door bij iemand anders het besef te wekken van hun volstrekte afhankelijkheid; naarmate kinderen ouder worden leren ze beter te zorgen dat er voor ze gezorgd wordt: kinderkracht is hinderkracht. Veel neurose, wangedrag en verslaving volgt eenzelfde patroon: als nu niet iemand zich om mij bekommert, bega ik een ongeluk dat hem spijten zal.

Dat miserabelen hun tijdgenoten zo kunnen storen, ligt ook aan de verminderde onverstoorbaarheid van die medemensen, een toegenomen sociaal gevoel. Dat is niet hetzelfde als naastenliefde, en wat mensen nu voor de meest afhankelijken om hen heen doen is ook niet hetzelfde als liefdewerk. Wat gegroeid is onder mensen is een abstract en algemeen sociaal besef, dat vraagt om en past op een omvattend en geregeld stelsel van verzorgingsarrangementen. Dat modern sociaal besef is niet iets dat zomaar voortkomt uit het eigentijds ideeënklimaat, of dat de mensen elkaar hebben aangepraat, maar iets dat in de lucht zit, op dezelfde manier als zwaveldioxyde; door de ontwikkeling van de produktieverhoudingen in de ruimste zin des woords: de manieren waarop mensen zorgen dat anderen voor hen zorgen.

De afhankelijkheden tussen mensen zijn niet gelijk verdeeld. Het feit dat ze elkaar nodig hebben is evenzeer de grondslag van hun samenwerking als van hun onderlinge strijd. Maar die strijd zou onbegrijpelijk zijn als er niet wederzijdse afhankelijkheidsverhoudingen aan ten grondslag lagen, anders kon de ene partij de andere gevoeglijk negeren, of gedachteloos liquideren. Zo is het heel goed in te zien dat berooide boerenzoons aangewezen zijn op iemand die hun loon betaalt voor de arbeidskracht waarmee ze in zijn fabrieken werken. Maar zelfs als die haveloze werkers overvloedig in aantal zijn en moeiteloos vervangbaar, blijft toch de kapitalist aangewezen op de gezamenlijke arbeiders binnen zijn bereik. Dat mensen aaneengekoppeld zijn in een netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen zegt nog niets over de mate van samenwerking en strijd in hun onderling verkeer, en in eerste aanleg ook niets over de meedogenloosheid of saamhorigheid waarmee zij met elkaar omgaan. Het volgt ook dat, wil een verzorger kunnen blijven zorgen, hij aangewezen is op de gezamenlijke behoeftigen binnen zijn bereik, hoe eenzijdig afhankelijk van hem elk hunner afzonderlijk ook mag zijn.

Norbert Elias, van wiens denken deze gedachtengang in sterke mate en eenzijdig afhangt, heeft er zeer de nadruk op gelegd dat de afhankelijkheidsketens waardoor mensen aaneengeschakeld zijn, in de loop der eeuwen langer zijn geworden, ingewikkelder en meer gedifferentieerd. Het kan ook nog anders omschreven worden, als een proces van ontvouwing van afhankelijkheidsverhoudingen, binnen de produktieverhoudingen in enge zin en ook in andere samenlevingspatronen. Dan is het ontvouwingsproces de tamelijk abstracte vorm waarlangs zich het proces van kapitaalvorming voltrok, maar ook de modernisering van andere bezigheden zoals bijvoorbeeld ziekenzorg, onderwijs en onderlinge bijstand: de bestrijding van de fatale trias van ziekte, onwetendheid en armoe. Vaak wordt voor dit alomvattend ontwikkelingsproces de term ‘modernisering’ gehanteerd, als een algemene en vrijwel lege aanduiding van de manier waarop westerse samenlevingen van wat ze waren geworden zijn tot wat ze nu zijn; het betekent dan niets anders dan ‘meer-nu-wording’. Ontvouwing refereert aan een geordende verandering in de vorm van de afhankelijkheidsnetwerken waarbinnen mensen leven; met die vormverandering veranderen ook de afhankelijkheidsverhoudingen van aard.

1. *Ontvouwing*

Ooit hadden mensen, in kleinere aantallen, meer met elkaar te maken en minder met buitenstaanders. Zij vormden *kleine, veelvoudige, besloten* en *verweven* netwerken. Klein naar het aantal mensen; veelvoudig omdat elke relatie tussen mensen telkens een veelvoud van strevingen betrof; besloten omdat afhankelijkheidsrelaties binnen het netwerk talrijker, hechter en belangrijker waren dan relaties naar buiten; verweven omdat iedereen binnen het netwerk met ieder ander te maken had. Stammen, dorpsgemeenschappen, in mindere mate gilden of families, vormden netwerken volgens dit patroon. In de ontvouwing van afhankelijkheidsverhoudingen werden de relaties buiten het aanvankelijk besloten netwerk belangrijker en groeiden in aantal. Bijvoorbeeld omdat mensen niet langer alleen voor elkaar binnen één configuratie produceerden, maar ook voor een markt, voor een aaneenschakeling van markten, de 'markt'. De nieuwe relaties met buitenstaanders in dit ontvouwingsproces waren ook niet zo veelvoudig van aard, maar specifieker, bijvoorbeeld een ruilrelatie met iemand die alleen koper was en overigens anoniem en niet ook nog eens speelkameraad, raadgever, behuwdvader en geldschieter. Mensen kwamen te werken, onder dwang van wapenen of van prijzen, bij een ondernemer die taken stelde en loon betaalde maar daarbij niet tevens raad, troost, gezelschap, zedelijk toezicht of scholing verschafte. De ontvouwen netwerken, open en enkelvoudig, waren ook niet zozeer meer verweven, maar telkens vertakt: niet langer had ieder binnen een netwerk met elk ander te maken, maar een aantal mensen was telkens aangewezen op één persoon in een vertakking van het netwerk, op de anderen veel minder. Elke twijg is verbonden met één tak, iedere tak weer met één stam, een centralistisch of hiërarchisch patroon van verhoudingen, zoals in ondernemingen en andere organisaties: arbeider, voorman, baas, chef, directeur enzovoort. Veel en veel meer mensen konden in zulke open, vertakte, enkelvoudige netwerken in onderlinge afhankelijkheidsverhoudingen samengekoppeld worden dan in de onontvouwen, kleine, besloten, veelvoudige, verweven netwerken. Omgekeerd, terwijl mensen aanvankelijk voor de meeste van hun strevingen aangewezen waren op het kleine, veelvoudige netwerk, waren ze telkens maar voor een beperkt en bepaald gedeelte van hun bezigheden ingeschakeld in een der grote, vertakte

en veelvoudige netwerken: zij kregen les op school, gingen werken in een fabriek, voerden hun strijd in een bond, kwamen om het spel in een club en om het geloof in de kerk. Het ontvouwingsproces betekende voor ieder mens afzonderlijk zijn ontbinding in organisationele factoren. Voor elk stel bezigheden kreeg hij te maken met een ander vlechtwerk van mensen. Het enige punt waarin al die strevingen nog bijeenkwamen, lag in hemzelf, of misschien bij zijn gezin.

De ontvouwing is de terugkerende vorm van veranderingen die zich in de verhoudingen tussen mensen voltrokken, vooral in de ontwikkeling van de produktieverhoudingen, maar ook in andere verhoudingen, zo men wil produktieverhoudingen in ruime of oneigenlijke zin, of reproduktieverhoudingen, in elk geval ook buiten de processen van kapitaalvorming en industrialisering. Van belang is dat die vorm ook te herkennen is in de ontwikkeling van arrangementen ter bestrijding van de fatale trias van armoede, ziekte en onwetendheid. Ontwikkelingen in de produktieverhoudingen waren noodzakelijke voorwaarde voor veranderingen in die verzorgingsarrangementen die zelf weer noodzakelijke voorwaarde waren voor verdere ontvouwing van produktienetwerken. Zo is het niet goed denkbaar dat kinderen en masse zouden leren lezen, schrijven, rekenen, als niet mensen vrijkwamen om onderwijs te verzorgen doordat met de groei van industriële produktie de landbouw gemechaniseerd raakte. Maar industrialisering, mechanisering en automatisering konden zich niet voltrekken zonder dat vrijwel iedereen had leren lezen, enigszins kon schrijven en rekenen, stiptheid en stilzitten had geleerd. Of een andere samenhang: doordat meer mensen dichter opeen kwamen te werken in fabrieken en te wonen in stadsbuurten, vormde elke kiemendrager een besmettingsgevaar voor mensen en werd ook de noodzaak van epidemiebestrijding nijpender (en ook: ziektekiemen reizen zo vaak, zo ver en zo snel als hun dragers). En: speelden produktie en verzorging zich ooit af binnen hetzelfde veelvoudige, besloten en verweven netwerk, de grote, vertakte, enkelvoudige produktie-organisaties waren niet tegelijk ook arrangementen voor onderlinge steun in tegenspoed; nooddruftigen vielen terug op oude netwerken, of op nieuwe, zich ontwikkelende verzorgingsarrangementen.

De ontwikkelingen van het onderwijsstelsel, de gezondheidszorg en de sociale verzekeringen worden meestal begrepen en beschreven als het resultaat van een regeringsbeleid, in elk geval als de resultante van

programmatische, doelgerichte strevingen van organisaties zoals vakbonden en politieke partijen; de economische ontwikkeling, daarentegen, wordt voorgesteld als de uitkomst van het vrije of het blinde spel van maatschappelijke krachten. Maar ook de verzorgingsarrangementen hebben hun massale en organisationele vorm gekregen, zijn gegroeid als enkelvoudige, open, vertakte netwerken door allerlei strevingen van mensen in beperkt verband en op korte termijn, grotendeels zonder dat zij dat zo bedoelden en voorzagen. De politieke strijd tussen doelgerichte organisaties betreft bijvoorbeeld de verdeling van lasten, of de omvang van voorzieningen, of de zeggenschap op de hoogste niveaus van verzorgingsorganisaties, maar veronderstelt vanzelfzwijgend het massale, specifieke, organisationele karakter van die verzorgingsarrangementen en vaak blijkt dat ook daarin de ontwikkeling een onbedoeld verloop heeft, ongeacht welke doelstellingen in de politieke strijd de overhand kregen.

2. *Organisatie van verzorging*

In de ontwikkeling van het onderwijs heeft het initiatief meer dan op andere gebieden gelegen bij het centrale overheidsapparaat, dat taken van kerkelijke organisaties en stedelijke overheden aan zich trok. Het onderwijs dat rijke mensen voor hun kinderen konden bekostigen, zochten iets minder gegoeden voor hun nakomelingen te verkrijgen door uit de algemene middelen van de overheid voor iedereen voorzieningen te verlangen. Dikwijls bleek achteraf dat die minder gegoeden dan toch een voorsprong hadden op nog minder bedeelden, doordat zij de inkomsten van hun kinderen missen konden of doordat die kinderen al aansluitend onderwijs gevolgd hadden, zodat de egalitaire arrangementen toch reeds gevestigde concurrentieposities in stand hielden en klassebestendigend werkten. Zoals zo vaak begon de bemoeienis van de centrale overheid met de erkenning van beroepsuitoefenaren die de vereiste opleiding genoten hadden. Zulke leerkrachten verwierven daarmee een voorsprong op alle anderen, doordat minder geschoolde ouders in elk geval vertrouwen konden stellen in gediplomeerde leraren. De leerlingen van zulke scholen verwierven op hun beurt een voorsprong omdat hun diploma's erkenning vonden binnen het gehele rijk. De maatstaven voor erkenning konden tevens dienen als voorwaarden voor subsidiëring van scholen

en subsidiëring leidde tot verdere regeling van arbeidsverhoudingen en lesrooster door de centrale overheid. Scholen met overheidstoelage waren bovendien beter of goedkoper dan scholen die van het lesgeld moesten rondkomen en kregen dus een grotere toeloop van leerlingen. Zo raakten telkens nieuwe soorten onderwijsinstellingen binnen een beheers- en betalingsnetwerk onder de centrale overheid. De schoolstrijd die de gedachten over het onderwijs zozeer beheerste, deed daar nauwelijks iets aan toe of af.

Maar met de ontwikkeling van het onderwijsstelsel veranderden de aard en de gevolgen van onwetendheid. Meer en meer werd erop gerekend dat mensen konden lezen, op stations en in w.c.'s, door belastingambtenaren en cafébazen, en mensen die het niet konden begonnen steeds hulpbehoevender te worden. Een analfabeet heeft er niet zozeer van te lijden dat hij niet lezen kan, maar dat alle anderen het wél kunnen en hij níét. En analfabeten werden de mensen om hen heen tot last. Toen de overgrote meerderheid van de kinderen naar school ging, kwam er voor de rest een leerplicht (die nauwelijks nog een stijging in het leerlingental veroorzaakte). Een mogelijkheid voor velen wordt tot een noodzakelijkheid voor iedereen.

De ontwikkeling van een formeel onderwijsstelsel ging samen met het haast onopgemerkt verdwijnen van allerlei andere leergelegenheden, als leerling-knecht in het bedrijf, als hulp van vader op zijn werk, als secretaris bij een geleerde, als liefhebber, als autodidact. Uit de veelvuldige verhoudingen tussen samenwerkende ongelijken splitste de leerverhouding zich af om afzonderlijk te worden ingebracht in specifieke onderwijsinrichtingen. Bovendien hield elke nieuwe erkende beroepsopleiding een devaluatie in van beroepskennis uit praktijkervaring en verloren zulke praktijkmensen terrein tegenover pas gediplomeerden in het werven om betrekkingen of cliëntéle.

Ondanks de initiërende en vormgevende overheidsbemoeienis is toch in de ontwikkeling van het onderwijs het patroon van ontvouwing goed te herkennen. Scholen die opgenomen zijn in kleine, besloten samenlevingsnetwerken, komen meer en meer onder beheer en financiering van een centraal apparaat met hiërarchische verhoudingen, en de leerverhoudingen raken los van andere relaties, worden ingebed in specifieke onderwijsinstellingen.

Parallelle ontwikkelingsvormen zijn aan te geven in de wordingsgeschiedenis van de gezondheidszorg, eerst in de uitoefening van de

geneeskunde, dan ook in de betaling ervan. Heel geleidelijk gaan heelmeesters zich uitsluitend met geneeskunst bezighouden en met behulp van wetsdwang anderen van de uitoefening van zulke bezigheden uitsluiten. Tegenkant van die beroepsvorming is de vorming van cliëntéles, van mensen die begrijpen wat het beroep inhoudt en te bieden heeft en die bereid zijn er gebruik van te maken. Tamelijk schoksgewijs ontstaat een medische wetenschap die geschoolde medici in staat stelt tot behandelingen die andere praktizijns niet kunnen verrichten. Het is in diezelfde tijd dat jonge vrouwen van verpleging een beroep gaan maken. De behandeling en verzorging van zieken wordt uit de overige bezigheden van de mensen gelicht en uitgevoerd binnen een specifiek medisch netwerk. Snelle technische ontwikkeling van de geneeskunde maakt verdere arbeidsdeling en organisatie noodzakelijk binnen behandelingscentra, de nieuwe ziekenhuizen. Nu de medici veel vermogen, wordt de behandeling ook kostbaarder. Naarmate het risico van dood en verminking afneemt, stijgt dat van bankroet. Waar oude arrangementen van burenhulp en familieplicht onder nieuwe arbeids- en woonverhoudingen in onbruik zijn geraakt of onvoldoende kunnen dragen, gaan mensen naar oud gildenpatroon onderlinge steunfondsen vormen. Zulke ziektekostenverzekeringen in wording hebben veel gemeen met alle andere verzekeringsarrangementen tegen onverwachte rampspoed die enkelingen treft buiten hun verantwoordelijkheid: begrafenisfondsen, werkloosheidskassen, ongevallenverzekeringen.

Telkens treffen mensen elkaar als medeverzekeraars op gronden van onderlinge bekendheid uit andere hoofde: geloofsgenoten, buurtbewoners, collega's op het werk, of leden van één bond, patiënten van dezelfde arts, werklieden van één baas. Die bekendheid helpt onderling vertrouwen scheppen en bereidheid tot samenwerking, maar is geen waarborg voor goede spreiding van de risico's. Integendeel, vakgenoten hebben dikwijls dezelfde beroepsziektes, lopen kans op dezelfde ongevallen en zijn gelijktijdig zonder werk. Buurtgenoten delen ook een lokale besmetting, leeftijdgenoten gelijksoortige kinder- of ouderdomsziekten en stervenskansen. In de beoordeling van gevallen voor uitkering kan onderlinge bekendheid juist wantrouwen en misbruik in de hand werken en de gemeenschappelijke achtergronden zijn ook al geen waarborg voor goede administratie en rendabel beheer van fondsen. Hoe groter het aantal verzekerden, geloven statisti-

ci, hoe gelijkmatiger de spreiding van risico's. Beoordeling, administratie en beheer worden dan ook aan de verzekerden onttrokken en komen onder verantwoordelijkheid van nieuwe beroepsuitoefenaren: controlerend geneesheren, boekhouders, beleggingsdeskundigen.

Naarmate de verzekeringsvoorwaarden en uitkeringspraktijken formeel geregeld en gepreciseerd worden, worden ze ook ontoegankelijker en ondoorzichtiger voor de cliëntéle. Erkenning naar kwaliteitsmaatstaven door de centrale overheid geeft de erkende verzekeringsfondsen een voorsprong en biedt opnieuw een mogelijkheid tot regeling van overheidswege.

Telkens ontstaan in het proces van arbeidsdeling nieuwe beroepen die bezigheden exclusief aan zich trekken die voordien op andere manier verricht werden, tussen de bedrijven door, in veelvuldige afhankelijkheidsverhoudingen, zoals scholing, ziekenzorg, hulp in nood. Rond de beroepsuitoefening ontstaan instituten, organisaties zoals scholen, ziekenhuizen, verzekeringsmaatschappijen. Strevingen waarvoor mensen eerst in veelvuldige verhoudingen van elkaar afhankelijk waren, drijven hen nu als cliënten naar specifieke verzorgingsorganisaties. Die verzorgingsarrangementen krijgen, eerst door erkenning van de beroepsopleiding en de beroepsuitoefening, dan door subsidiëring en verdere regeling, een steeds sterker statelijk karakter. Om allerlei redenen worden de mogelijkheden die zij velen bieden tot noodzakelijkheden voor iedereen. Mensen raken op een veelheid van manieren gedwongen om van die verzorgingsarrangementen gebruik te maken, soms komt daar nog een formele staatsdwang bij, een leerplicht, een verzekeringsplicht en dergelijke. Die wettelijke dwang is de uitkomst van politieke strijd.

Het voorgaande verduidelijkt waarom mensen, telkens als ze daarin voordeel zagen, met anderen grootscheepse, specifieke organisationele verzorgingsarrangementen vormden en niet langer trachtten te zorgen dat anderen in een besloten, verweven, klein en veelvoudig netwerk voor hen zorgden. Maar het verheldert nog niet waarom mensen bereid waren daarin ook anderen te betrekken die het batig slot van de samenwerkingsarrangementen niet zouden vergroten; het maakt het ontstaan van massale verzekeringen begrijpelijk, maar niet van sociale verzekeringen, van een onderwijssysteem maar niet van algemeen onderwijs, van een gezondheidsindustrie maar niet van een gezondheidszorg. Waarom zouden mensen bijdragen in de verzor-

ging van anderen die onwetender, ziekelijker of kwetsbaarder zijn dan zij?

3. *De gegeneraliseerde verafhankelijking*

De ontvouwing van afhankelijkheidsnetwerken tot steeds uitgebreidere, telkens verder vertakte, specifieke configuraties verandert ook voor ieder afzonderlijk de aard van zijn afhankelijkheden van anderen; elkeen raakt voor elke beperkte reeks strevingen aangewezen op een ander wijdvertakt, specifiek, organisationeel arrangement: zijn ontbinding in organisationele factoren. In de loop van hun leven ontgroeien mensen aan de totale afhankelijkheid van één verzorger en raken afhankelijk van allerlei mensen, voor allerlei bezigheden; ze worden nauwelijks minder afhankelijk, maar van meer mensen telkens minder. Naarmate de netwerken waarin zij leven verder ontvouwd zijn, neemt ook die ontbinding, differentiëring en vertakking van hun afhankelijkheden toe. Omdat dit voor vrijwel alle mensen binnen een samenleving wederkerig opgaat, is er in de loop van zo'n ontvouwingsproces ook sprake van een generalisering van verafhankelijking. Een voorbeeld hiervan is al ter sprake geweest, het commercialiseringsproces waarbij producenten ten eigen behoeve begonnen te werken voor een markt, voor aaneengeschakelde markten, voor de wereldmarkt. Het laat zich ook nog op een andere manier benaderen. Van dingen door mensen gemaakt is gezegd dat ze belichaamde arbeid zijn, maatschappelijke arbeid. Met een geringe accentverschuiving kan ook gezegd worden dat zij de concretisering zijn van de vermaatschappelijking van die arbeid, tastbaar geworden netwerken. Het papier waarop dit staat bevat hout gekapt door Noorse (?) bosarbeiders, misschien geschept in Zweden, chemicaliën in de inkt kunnen uit Soedanese olie komen, geraffineerd in het Botlekgebied, kleurstoffen zijn afkomstig uit India of van Argentijnse jagers. Het verbaast allemaal niet, de uitwisselingslijnen die de aarde omspannen worden vanzelfzwijgend aanvaard. De kennelijke onkunde die uit ditzelfde voorbeeld spreekt is al evenzeer gewoon, mensen weten alleen nog het gebruik, niet meer de werking of de herkomst van de dagelijkse dingen om hen heen; de kennis- en produktienetwerken hebben zich tot ver buiten hun gezichtskring uitgebreid. Moderne mensen zijn evenzeer thuis in en even onwetend over hun alle-

daags milieu als de allerprimitiefste stammen.

Elk produkt kan gezien worden als de concretisering van een uitwisselings-, arbeidsdelings- en afhankelijkheidsnetwerk, als belichaming van de vermaatschappelijking van menselijke arbeid. Van nucleaire raketten is gezegd dat zij pas vervaardigd kunnen worden in een netwerk dat meer dan een miljoen aaneengekoppelde producenten omvat. Daarmee is nog niets gezegd over de verhoudingen van uitbuiting of imperialisme die zich binnen die netwerken voltrekken, behalve nu juist dat zulke ongelijke verhoudingen zich binnen zulke figuraties afspelen, dat ze - ongelijke en toch wederkerige - afhankelijkheidsverhoudingen zijn. Deze uitdijende afhankelijkheden, eerst over streken, toen over landen, over continenten en over de wereld, zijn niet beperkt tot produktieverhoudingen in strikte zin, maar betreffen ook allerlei andere menselijke bezigheden, hoela hoepen, lijden aan Aziatische griep, telefoneren, demonstreren, tv kijken. Of ze het nu willen of niet, of ze het nu weten of niet, of ze het nu loochenen of niet, mensen zijn aangewezen geraakt op steeds meer andere mensen, in naar omvang en aantal toenemende, zich steeds vertakkende netwerken, maar van elk van die netwerken telkens voor een beperkter spectrum van strevingen. Dit is de generaliserende verafhankelijking, die voortgaat, heilzaam of verwoestend, gelijk makend en ongelijk, in samenwerking of onderlinge strijd.

In ditzelfde ontvouwingsproces raken mensen op nog andere manieren meer op elkaar aangewezen, in beperkt verband. Kapitaalvorming betekent ook dat elke arbeider werkt met kostbaarder, ingewikkelder, gevoeliger apparatuur (evenredig aan de ontwikkeling van het netwerk waarvan dat produktiemiddel de concretisering is). Op deze constatering is het controversiële leerstuk van de dalende winstvoet gebaseerd. Maar de consequenties laten zich ook uit een iets ander gezichtspunt bezien: elke arbeider wint aan hinderkracht naarmate hij werkt met kostbaarder, ingewikkelder, gevoeliger apparatuur. Zijn onwil en zijn onvermogen brengen ook grotere schade teweeg, met gevolgen die verder doorwerken in het produktienetwerk. Ook deze vaststelling is eenvoudig te generaliseren tot andere organisaties dan ondernemingen alleen. Naarmate een arbeider meer gespecialiseerde kennis en kundigheden bezit en naarmate die schaarser zijn binnen het bereik aan arbeidskrachten waaruit gerekruteerd kan worden, is zo'n arbeider moeilijker vervangbaar en neemt zijn hinder-

kracht toe. Zo raken organisaties afhankelijker van de werkkrachten binnen hun bereik en moeten de centrale figuren binnen die organisaties ook rekening houden met de strevingen van die werkkrachten. Het is geen zaak meer van bewaking en dwang, want de samenwerking wordt zo ingewikkeld dat voor elke bewaakte en gedwongene een veelvoud aan bewakers en dwingers nodig zou zijn en wie zou de bewakers bewaken en de dwingers dwingen? Werkers moeten op tijd komen en zich houden aan ritme en regel van het arbeidsproces, ook op onbewaakte ogenblikken, ze moeten procedures volgen en waakzaam zijn, zuinig met grondstoffen, betrouwbaar in afspraken en geldzaken, nauwkeurig in afwerking en afwikkeling. Dat kan alleen als die werkers willen geloven dat zoals zij zorgen voor hun werk er ook voor hen gezorgd wordt. Naakte dwang maakt geleidelijk plaats voor overreding en tenslotte voor overtuiging bij de werkers zelf.

Zo is elke organisatie ook een vertrouwenszaak, waarin mensen die op elkaar zijn aangewezen ook tot op zekere hoogte van elkaar op aan kunnen. Dat veronderstelt dat de centrale figuren in organisaties blijven vooruitlopen op een mogelijk gebruik door de werkers van hun hinderkracht. Een van de manieren om die vertrouwenszaak gaande te houden is de grootste levensonzekerheden te dempen door gemeenschappelijke verzorgingsarrangementen.

De resultante van een veelheid van onderling verstrengelde en elkaar versterkende ontvouwingsprocessen is een gegeneraliseerde verafhankelijking tussen mensen in groeiende getale. Het besef van deze omvattende afhankelijkheid komt tot uiting als ‘sociaal gevoel’. Het algemeen afhankelijkheidsbesef kan door mensen verwoord worden in het christelijke vocabulaire van naastenliefde, het humanistische van broederschap en het socialistische van solidariteit. De woordenschat ligt klaar als overgeërfde gedachtenwereld (voor het omgekeerde, het egoïsme, is het veel moeilijker niet-ironische adequate, acceptabele woorden te vinden: ofwel het klinkt als cynische humor, ofwel de rechtvaardiging van ieders eigenbelang loopt met een omweg toch uit op een verwijzing naar het algemeen belang). Het sociaal gevoel is dus het besef van tamelijk recent gegroeide realiteiten, verwoord met een vocabulaire van vaak veel oudere idealen. Maar de grammatica van sociale gevoelsuitingen is veranderd met de verhoudingen die aan het sociaal besef ten grondslag liggen, heeft een zinsbouw die bij

die zijnsbouw past. Sociaal gevoel verschilt van naastenliefde, zoals industriële produktie van het ambacht. Wie geconfronteerd wordt met een miserabele ziet daarin niet een taak voor zichzelf, maar een opgave voor de gemeenschap. Niet hij moet zorgen, maar ‘er moet voor gezorgd worden’. Professionele verzorgers binnen gespecialiseerde instituten moeten uit de algemene middelen iets doen voor deze ongelukkige en voor alle anderen die de eigentijdse gemoedsrust verstoren. Mensen hoeven, ook voor hun sociaal gevoel, niet zelf de behoeftigen te verzorgen, zij moeten zorgen dat er voor diegenen gezorgd wordt, en zij doen dat op een algemene en abstracte manier, door betaling, door afdracht van belasting en premie. Dat eist het sociaal gevoel, niet meer en ook niet minder. Het sociaal gevoel is geen liefde tot enkele naasten, maar een mening over medemensen in het algemeen. Of dit nu goed is of verwerpelijk, vooruitgang of verval, doet niet ter zake: het is iets anders.

Het sociaal gevoel is een besef van maatschappelijke verhoudingen, van gegeneraliseerde verafhankelijking, dat zijn uitdrukking vindt in beschikbare, traditionele vocabulaires. Het besef van mensen dat zij van zovele anderen afhankelijk geraakt zijn in een ontvouwingsproces van netwerken, brengt hen ertoe deel te nemen aan verzorgingsarrangementen voor en met zovele anderen, arrangementen die zelf ook groeien door vertakking en specificering, net als andere, bijvoorbeeld produktieve, netwerken. Door het besef van hun gegeneraliseerde verafhankelijking zijn mensen bereid geworden anderen te betrekken in voorzieningen, ook al zijn op korte termijn en in beperkt verband de lasten daarvan zwaarder dan de baten.

Wanneer mensen beschouwd worden en elkaar beschouwen als betrokken in een omvattend proces van verafhankelijking, worden allerlei afzonderlijke tegenslagen onderdeel van een collectieve bedreiging en de bestrijding ervan een collectief goed. Toen terpbewoners begrip begonnen te krijgen van bedijking werd ieders strijd tegen het water een gezamenlijke opgave. Toen zij kennis opdeden van besmetting en vaccinatie werd elke kiemendrager een volksvijand en inenting een burgerplicht. Telkens weer doet zich dan het probleem voor van de verdeling van lasten en taken. Wie een eind landinwaarts woont zal graag de dijkenbouw overlaten aan de bewoners van de vloedlijn, maar als veel anderen even nalatig blijken, verdwijnt ook zijn huis bij een springvloed. Het risico op schadelijke nevenwerking

bij vaccinatie tegen cholera of pokken is nu dikwijls al groter dan de kans op een besmetting, maar als daarom veel mensen van een injectie afzien - rationeel in ieder afzonderlijk geval - groeit snel de dreiging van een verwoestende epidemie. In zulke gevallen kan dwang bevrijding zijn, wanneer een centrale instantie voor alle onderling afhankelijken een taak- en lastenverdeling vaststelt die in voorkomende gevallen op korte termijn en in beperkt verband soms de baten overtreft, maar voor het netwerk als geheel de voorziening eens en voor al tot stand brengt, en zo deze paradox van het collectief gedrag doorbreekt.

Door de gegeneraliseerde verafhankelijking en het besef ervan is allerlei individuele rampspoed opgevat als bedreiging voor het verloop van zaken in heel grote netwerken als geheel, netwerken van nationale omvang bijvoorbeeld. Zo is ook de bestrijding van de fatale trias toebedeeld aan vaak nationale verzorgingsarrangementen. Hoe daarbinnen baten en lasten, taken en zorgen zijn verdeeld blijft buiten beschouwing. Vermeld, maar verder onbesproken, blijft dat het besef van verafhankelijking en het aansluitend sociaal gevoel helemaal niet de hele mensheid omvat, maar integendeel vaak andere continenten, andere volkeren, andere rassen binnen een territoir, rigoureus uitsluit. Deze rigoureuze segregatie gaat grotendeels onopgemerkt in zijn werk, tenzij lekken in de afweer tot een zichtbaar conflict leiden: de migratie van inwoners van voormalig koloniaal gebied naar het voormalig koloniserende land bedreigt het stelsel van verzorgingsarrangementen daar.

4. *Verstatelijking*

Terloops kwam al ter sprake dat nieuwe verzorgingsarrangementen niet alleen mogelijk werden door ontvouwingsprocessen op ander terrein van bezigheid, maar dat ze daardoor ook noodzakelijk werden. Door industrialisering, commercialisering, verstedelijking, uitbreiding en versnelling van communicatie en transport ontstonden niet alleen andere verzorgingsmogelijkheden, maar gingen ook bestaande arrangementen te gronde. Een heel eigentijds voorbeeld kan dat verduidelijken. Een kruidenier in een oude stadswijk merkt dat zijn klandizie wegebt: allerlei artikelen kunnen zijn oude klanten goedkoper krijgen in een supermarkt waar zij eens in de week met

hun auto gaan winkelen. Door afbraak en kantoorbouw blijven er trouwens minder mensen achter in zijn buurt. Na verloop van tijd loopt zijn negotie zo terug dat hij zijn winkel moet sluiten. Hij geeft zijn winkelwoning op en trekt naar een nieuwbouwwijk. Zijn bejaarde moeder, die tot dan toe hielp op drukke tijden, heeft niets meer om handen. In de nieuwe flat, op een modern kerngezin bemeten, is voor haar ook geen ruimte. Zij trekt in een verzorgingshuis, met uitkeringen van ouderdoms- en algemene bijstandswet (welke premies verwerkt in de loonkosten weer een rol speien in de prijs- en kostenverhoudingen tussen supermarkten en éénmanszaken; een ander, mogelijk, verhaal). De kruidenier weet een werkkring te vinden als bedrijfsleider in een zelfbedieningszaak (of gaat hij in de AAW?), maar de oudste zoon, die erop had gerekend zelf ooit in vaders zaak te komen, moet nu een ander vak gaan leren en besluit nog een aantal jaren op school te blijven. Een mythe van deze tijd; nu vaak verteld als een tragedie, maar ook op te vatten als een verhaal van bevrijding van kleine, in beperkt verband bestreden zorgen. Niet eens een en al ontvouwing; de supermarkt met zijn parallellisering van artikelen bedient óók een breder spectrum van behoeften. Niemand kent eigenlijk het saldo aan mensenverdriet en opluchting in dergelijke geschiedenissen. Geen onderzoeker heeft ooit grootouders, ouders en kinderen gevraagd hoe hun levens verliepen in deze ontvouwingsprocessen en of ze er per slot van rekening onder geleden hebben of bij gebaat waren. De verheerlijkers van wijksgewijze burenhulp denken zelden aan hun eigen buren, de lofzangers op het kleinschalig bedrijf vergeten meestal het gesappel van de kleine onzelfstandige.

In de vorming van nieuwe verzorgingsarrangementen probeerden mensen in het begin vaak samenwerkingsvormen te behouden of te herstellen die waren overgeleverd uit eerdere levensverhoudingen: burenhulp, familieplicht en gildenkassen, liefdadigheid en armenzorg. Door te blijven doen wat ze vroeger gewoon waren maakten zij iets dat onder gewijzigde omstandigheden nieuw en anders was. Als zij daarbij idealen voor ogen hadden, dan ging het er vaak om voor allen te veroveren wat de rijken al bezaten (die het immers goed voor elkaar hadden). Welgestelde families vonden in hun fortuin enige zekerheid tegen ongeval, ziekte en ouderdom, huurden huisonderwijzers en gouvernantes in voor hun kinderen en beschikten tegen een jaarlijks eregeld over de diensten van een arts. Zij konden goed zor-

gen dat anderen voor hen zorgden en die verzorgingsvormen stonden voor anderen, minder vermogenden, vaak model. Op de Hogere Burgerschool konden beambten en winkeliers hun kinderen laten leren wat rijkeluiskinderen al leerden op particuliere scholen of van huisleraren. Door de onderlinge fondsen zouden ook middenstanders en arbeiders over artsenhulp kunnen beschikken, zoals tevoren al vermogende families. Telkens weer zijn de levenspatronen van de gegoede burgerij het stramien geweest waarnaar de voorzieningen van latere verzorgingsarrangementen werden gemodelleerd. Heel duidelijk wordt dit wanneer in een recente fase psychotherapeutische hulp of theaterbezoek voorwerp worden van statelijke arrangementen. Maar al deze voorzieningen, naar het voorbeeld van de welgestelde levenswijzen gevormd, veranderden grotendeels onbedoeld en onvoorzien wanneer ze verstrekkingen werden van grootscheepse, specifieke organisationele verzorgingsarrangementen.

Vaak waren de nieuwe verzorgingsarrangementen gevormd door of vooral toegankelijk voor mensen die zonder tot de rijksten te behoren toch al een concurrentievoorsprong op de meesten hadden. Winkeliers, geschoolde arbeiders, ambachtslieden, beambten konden de premies opbrengen voor vrijwillige onderlinge steunfondsen, konden het stellen zonder de opbrengst van arbeid door hun kinderen, zodat die naar school mochten gaan en zodat die genoeg konden leren om ook nieuwe, voortgezette onderwijsvormen te kunnen volgen. Veel verzorgingsarrangementen, ook als ze eenmaal uit de algemene middelen bekostigd werden, bleken beter bereikbaar voor mensen die op het betreffende terrein al enige voorsprong hadden, dan voor anderen, tot nog toe niet vertrouwd met die voorzieningen. In veel gevallen breidde het bereik en de bereikbaarheid van verzorgingsarrangementen zich geleidelijk uit, werd mogelijkheid voor de meesten, noodzakelijkheid voor iedereen en ten langen leste ook wettelijke verplichting: lager onderwijs, ziektekostenverzekering, ouderdomspensioen enzovoort. Maar in andere gevallen zet die uitbreiding niet door en blijft een algemeen bedoelde voorziening een bijzondere werking houden, zoals in het onderwijsstelsel waarin opleidingen naarmate ze een verdere voortzetting vormen ook minder bereikbaar zijn voor kinderen van niet zo ver geschoolde ouders. Soms ook splitsen verzorgingsarrangementen zich naar de sociale herkomst van hun cliëntèles: ziekenfondsen versus particuliere ziektekostenverzekerin-

gen; maatschappelijk werk tegenover psychotherapie; hoger beroepsonderwijs naast wetenschapsbeoefening; vormingswerk tegenover kunstbeoefening. Voortgekomen uit een proces van gegeneraliseerde verafhankelijking en gerechtvaardigd in termen van een algemeen sociaal gevoel werken zulke gesplitste verzorgingsarrangementen ongemerkt en onbedoeld klassebestendigend, als tenminste die lijnen van onderscheid opgevat kunnen worden als grenzen van klassen.

Ook een ander klasseachtig onderscheid tekent zich af in de ontwikkeling van verzorgingsarrangementen. In de ontvouwing van de produktieve verhoudingen gaan arbeiders werken met produktiemiddelen die zij wel leren bedienen, maar waarover zij niet kunnen beschikken. Het beheer komt te liggen bij directeuren en commissarissen, anderen trachten technische en organisationele kennis te monopoliseren. Zo voltrekt zich een verdeling van afhankelijkheden binnen ondernemingen, organisatis met winstmotief. Verzorgingsarrangementen zijn in een gelijkvormig ontvouwingsproces ook gegroeid tot organisaties, met een dienstmotief. Volgens het winstmotief worden verhoudingen zo gerangschikt dat het overschot van opbrengsten boven offers zo groot mogelijk is, in geld uitgedrukt. Naar het dienstmotief zijn te verrichten diensten en cliëntèles gegeven en worden verhoudingen zo ingericht dat dit gegeven dienstenprogram zo doelmatig mogelijk, met minimale offers, kan worden uitgevoerd, in geld uitgedrukt. Zo zijn althans de organisationele strevingen. In de ontwikkeling van verzorgingsorganisaties voltrekt zich een tamelijk analoge scheiding als binnen organisaties met een winstmotief: de dienstverlening wordt steeds meer het exclusieve terrein van beroepsuitoefenaren met erkende opleiding en eigen professionele maatstaven. Het beheer van de organisaties wordt een vak apart, voor accountants, inspecteurs, beroepsbestuurders. De beslissingsbevoegdheid komt te liggen bij pseudo-representatieve organen waarin afgevaardigden van organisaties een dagtaak hebben aan het besturen. Ouders wijken voor leraren, leraren ontwikkelen op pedagogische academies en in vakorganisaties eigen normen voor de beroepspraktijk. Het beheer over scholen komt onder pseudo-representatieve organen van beroepsbestuurders en onder de inspectie van het ministerie. In ziektekostenverzekeringen verliezen cliënten de zeggenschap over het pakket van gedekte risico's en spreken niet meer mee in de beoordeling van gevallen. Dat laatste wordt een tamelijk zelfstandig

specialisme van controlerend geneesheren eerst, dan van sociaal geneeskundigen.

Telkens wordt de daadwerkelijke verzorging het min of meer exclusieve terrein van een erkende categorie beroepsbeoefenaren. Zij zijn in hun werk niet zozeer afhankelijk van het goedvinden van hun cliënten, maar richten zich naar normen die in hun opleiding en binnen hun vakorganisaties ontwikkeld zijn. Geleidelijk aan raken de verzorgingsinstituten die deze praktizijns met elkaar vormen, scholen, ziekenhuizen, fondsen en allerhande inrichtingen, onder het beheer van al evenzeer professionele beheerders en onder het bestuur van pseudo-representatieve organen van beroepsbestuurders (wier representativiteit erin bestaat dat zij ook in vele andere besturen zitting hebben en in elk lichaam mede namens alle andere colleges optreden). De verzorgingsinstituten raken ook door erkennings- en subsidiëringsregelingen afhankelijk van het centrale beheers- en betalingsapparaat, de overheid. Door deze opeenvolgende maar elkaar overlappende processen van beroepsvorming, instituutsvorming en verstatelijking worden verzorgingsorganisaties steeds minder afhankelijk van cliënten, steeds meer van beroepsorganisaties, bestuursnetwerken en de centrale overheid (dit staat niet los, maar is wel te onderscheiden van de ook al ongelijke afhankelijkheidsverhouding die definiërend kenmerk is van elke verzorgingsrelatie). De scheiding die zich aldus voltrekt tussen bestuurders, technische en organisationele experts en cliënten in verzorgingsorganisaties en andere organisaties met dienstmotief, vertoont enige overeenkomst met de deling tussen beheerders, experts en uitvoerders in ondernemingen, organisaties met winstmotief. Cliënten van verzorgingsorganisaties zijn echter niet, zoals arbeiders, nog eens georganiseerd onder een andere noemer, als cliënten. Integendeel, hun cliëntèle-relatie is een van de organisationele factoren waarin zij zijn ontbonden en die geen andere organisationele uitdrukking vindt dan in de verzorgingsorganisatie waarvan zij cliënt zijn. Zo bestaat er een tweevoudig asymmetrische afhankelijkheidsrelatie tussen cliënten en verzorgingsorganisaties: als hulpbehoevenden - zieken, armen, onwetenden enzovoort - en als deelgenoot aan een arrangement waarin beheer en beoordeling van de verzorging aan hen onttrokken zijn, toebedeeld aan professionals en beroepsbestuurders onder toezicht van de overheid.

De grote lijnen van deze ontwikkeling van verzorgingsarrangemen-

ten voltrekken zich tamelijk zelfstandig van de programmatische strevingen van politieke bewegingen en van het resulterend overheidsbeleid. De erkenning van beroepsopleidingen, de bescherming van de beroepsuitoefening tegen buitenstaanders, en de erkenning van verzorgingsinstituten zijn belangrijke punten van overheidsingrijpen. De subsidiëring en de financiering door heffingen en belastingen, de regeling van toezicht en bestuur, vormen de eindfasen van de beschreven ontwikkeling. Maar ook waar de centrale en plaatselijke overheden terughoudend zijn met regeling en financiering, zoals bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, vormen zich toch arrangementen die, behalve in staatsrechtelijk opzicht, een zeer sterke gelijkenis vertonen met de verzorgingsorganisaties in landen waar de overheidsbemoeienis met regeling en financiering directer en duidelijker is. De gevolgen van overheidsbemoeienis zijn het duidelijkst in de beginfase van de organisatie van onderwijs, gezondheidszorg en sociale verzekering, juist voor de minst verzorgde doelpublieken. Voor beter voorziene publieken, bij een iets hoger verzorgingspeil, op andere terreinen van dienstverlening, zijn de gevolgen van verdere verstatelijking voor het bereik, de kwaliteit en de bewaking van voorzieningen onoverzichtelijk en is het inkomensverdelend effect vaak juist de-nivellerend.

Ten dele gaat het hier om definities: het is niet zo duidelijk welk gedeelte van de volkshuishouding overheidshuishouding moet heten als het staatsapparaat bij nader toezien een conglomeraat blijkt van min of meer statelijke organisaties met een veelvoudigheid van financierings- en beheersrelaties met het centrale apparaat. Het lijkt ook weinig zinvol om een betalingscircuit van belastingen en heffingen, uitkeringen, subsidies en salarissen, dat nu in Nederland meer dan de helft van het nationaal inkomen verwerkt, opeens rigoureus af te zonderen van de overige economie als aparte overheidssector. Het is al evenmin duidelijk welke van deze transacties een verzorgingsmotief hebben, heel veel van zulke overdrachten gaan schuil achter belastingheffingen en -aftrekken, terwijl sommige premies een belastingkarakter hebben, sommige aankopen eigenlijk uitkeringen zijn, sommige steunverleningen veeleer betalingen. Juristen noch economen kunnen hier de problemen van begripsvorming voor sociologen oplossen.

Gezegd kan worden dat volgroeide verzorgingsarrangementen ontgroeid en onttrokken zijn aan de concurrence- en monopolieverhou-

dingen van organisaties met winstmotief en daarmee ook buiten het bereik geraakt zijn van de klassenstrijd in enge zin. Binnen de verzorgingsarrangementen ontstaan tegenstellingen langs andere lijnen, tussen cliënten en verzorgers, tussen verzorgers en beheerders. Door de ontbinding in organisationele factoren blijven andere conflicten gemaskeerd, die tussen de wensen of verlangens van mensen, én de aanspraken die zij tot gelding kunnen brengen als cliënt bij een organisatie. Tussen het conglomeraat van verzorgingsarrangementen en de organisaties met winstmotief ontstaat een tegenstelling over de omvang van lasten en corresponderende voorzieningen, een tegenstelling die dwars door individuele mensen loopt, voor zover zij betalingsplichtigen én uitkeringsgerechtigden zijn, werkers én cliënten.

Verdwijnt in de hier gepresenteerde visie ‘de staat’ in een conglomeraat van min of meer statelijke organisaties, of lost hij op in een procès van verstatelijking van arrangementen, hij keert terug in passende gedaante: als illusie, gedeelde illusie; en dus als werkelijkheid.

In de grammaticale operatie die mensen zijn gaan uitvoeren wanneer ze sociaal voelen en geconfronteerd worden met de hulpbehoevendheid van anderen, zijn zij het niet zelf die daar helpen moeten, maar vinden zij dat ervoor gezorgd moet worden. Er moet voor gezorgd worden: door de staat. In die betekenis is de staat de personificatie van het gegeneraliseerde verafhankelijkheidsnetwerk, handelende persoon in volzinnen over algemene kwesties van verzorging. In de meest concrete zin is de staat dan de vereniging van Nederlandse volkshuishouders. Maar waar de staat handelend persoon is in de zinnen waarmee mensen zeggen dat ergens voor gezorgd moet worden, ontstaat de illusie dat er zo een persoon is, de staat, die zou moeten zorgen en zou kunnen zorgen. Daarmee wordt de staat aansprakelijk voor alle verzorging van mensen binnen een verafhankelijkingskring, aansprakelijk ook voor alle tekortkomingen daarin. Die staat ontleent dan ook zijn aanspraken op de betalingen en inspanningen van zijn burgers door zijn prestaties in de verzorging van diezelfde mensen als cliënten. In die zin bestaat ook een wederkerigheid tussen prestaties van staatswege aan cliënten en tegenprestaties van burgers aan de staat. Daarin ligt een moderne legitimering van het staatsoptreden. Daar ligt ook een onmogelijkheid tot blijvende legitimiteit: de staat is geen persoon, hij kán ook niet zorgen; mensen binnen een gegeneraliseerde verafhankelijkingskring kunnen de arrangementen vormen om te zorgen dat ze voor elkaar zorgen.

3 Over de sociogenese van de psychoanalytische setting[1]

In zijn Ratschläge,[2] of Raadgevingen voor de arts bij de psychoanalytische behandeling, geeft Sigmund Freud een volmaakt heldere en tamelijk volledige handleiding voor het psychoanalytisch bedrijf. Een socioloog treft in deze korte geschriften een blauwdruk aan voor het nieuwe beroep van psychotherapeut. Desondanks zijn deze vier artikelen, die voor de oningewijde lezer zo goed toegankelijk zijn, buiten de kring van psychoanalytische beroepsuitoefenaren vrijwel onbekend gebleven en ook nooit het onderwerp geweest van sociologisch onderzoek.

Sinds het begin van deze eeuw hebben sociologen in Europa en in de Verenigde Staten zich beziggehouden met het oeuvre van Freud: zij stelden echter vooral belang in zijn grote ideeën, in zijn algemene inzichten in de menselijke psychologie, in de manieren waarop Freud zijn denkbeelden toepaste op sociale problemen,[3] of zij streefden juist naar eigen toepassingen van de psychoanalytische begrippen in sociologisch onderzoek en in de theorievorming.[4]

Norbert Elias, die in zijn *Über den Prozess der Zivilisation* een vroege en zeer doordringende osmose van psychoanalytisch denken en sociologische analyse wist te realiseren, liet daarentegen de relatie tussen zijn eigen denken en dat van Freud grotendeels impliciet:[5] ‘Es braucht dabei kaum gesagt zu werden, aber es mag hier einmal ausdrücklich hervorgehoben sein, wieviel diese Untersuchung den vorausgehenden Forschungen Freuds und der psycho-analytischen Schule verdankt. Die Beziehungen sind für jeden Kenner des psychoanalytischen Schrifttums klar, und es schien unnötig, an einzelnen Punkten darauf hinzuweisen, zumal sich das nicht ohne ausführlichere Auseinandersetzung hätte tun lassen. Die nicht unbeträchtlichen Unterschiede zwischen dem ganzen Ansatz Freuds und dem der vorliegenden Untersuchung sind ebenfalls hier explicite nicht hervorgehoben worden, besonders da sich vielleicht über sie nach einiger Diskussion ohne allzugrosse Schwierigkeiten ein Einverständnis herstellen liesse.’

Een ander ontmoetingsterrein tussen psychoanalyse en sociale wetenschappen[6] tekende zich af met de toepassing van sociologische en antropologische begrippen in de psychoanalyse, begonnen door Freud in *Totem und Tabu* (1912-'13) en voortgezet in *Massenpsychologie und Ich-analyse* (1921), *Das Unbehagen in der Kultur* (1930) en *Der Mann Moses und die monotheistische Religion* (1939).

In deze eeuw is de toepassing van de psychoanalyse in de sociologie zeer sterk toegenomen en hetzelfde geldt in iets mindere mate voor de toepassing van sociologie *in* de psychoanalyse.[7] Er blijft echter een verbazingwekkend gebrek aan studies over de sociologie van de psychoanalyse en werk over de psychoanalyse *van* de sociologie ontbreekt vrijwel volledig.[8] Toch is de Freudiaanse analyse uitgegroeid tot een van de grote intellectuele stromingen van de twintigste eeuw[9] en het onderzoek van deze ontwikkeling behoort dan ook tot het vakgebied van de sociologie.

Eén belangrijke lijn van onderzoek zou ontstaan, ontwikkeling en verspreiding van het psychoanalytische denken moeten volgen: een sociologie van de psychoanalytische kennis.[10]

Een tweede pad van onderzoek zou dan de verschillende manieren moeten nagaan waarop mensen ertoe komen om hun levensmoeilijkheden in psychoanalytische termen te gaan beleven en beschrijven en om zichzelf als een geschikt geval voor de sofa te gaan beschouwen.[11]

Een derde gang van onderzoek zou de ontwikkeling moeten achterhalen van het psychoanalytisch beroep van de begintijd in Wenen tot de nog steeds voortgaande verbreiding van de psychotherapeutische professie met al zijn vertakkingen.[12] De laatste benadering verdient heuristische voorrang: zowel het psychoanalytisch bolwerk van technische en theoretische noties als de lekenopvattingen van symptomen en complexen laten zich het best begrijpen uit hun oorsprong in de 'early circle'[13] en in samenhang met de ontwikkeling van de latere psychoanalytische beroepsgemeenschap waarin die ideeën immers ontstonden en uitgroeiden.[14] Daartoe is onderzoek naar de concrete, dagelijkse en praktische kanten van het psychoanalytisch bedrijf - naar wat gewoonlijk aangeduid wordt als 'de psychoanalytische setting' - onontbeerlijk. In Freuds *Ratschläge* wordt die alledaagse praktijk voor het eerst uitvoerig beschreven en voorgeschreven en daar ook zijn aanknopingspunten te vinden met de gebruiken

die in de dagen van Freud en daarvóór onder medici in zwang waren.

Onderwerp van het onderhavig onderzoek is de geleidelijke invoering door Freud in de jaren 1886-1912 van een aantal gebruiken die te zamen de werkwijze gingen uitmaken van het psychoanalytisch ambacht. Want het was een ambacht dat Freud bedreef en in de uitoefening waarvan hij zijn grote psychoanalytische ontdekkingen deed. Voor een socioloog vormt deze psychoanalytische setting op zichzelf, opgevat als een bijzondere en nieuwe vorm van interactie, als de matrix waaraan het geheel van psychoanalytische kennis ontsprong, een minstens zo grote ontdekking als alle andere vondsten van Freud.

Dit artikel is gewijd aan de uitwerking en staving van deze bewering. Het laat zich in de volgende vier stellingen samenvatten:

1. In vele opzichten was de psychoanalytische setting de voortzetting van opkomende gebruiken in de algemene medische praktijk van Freuds tijd.
2. Het was echter een gezuiverde praktijk, dat wil zeggen dat alle vormen van interactie (en alle andere voorvallen) die zouden kunnen worden aangegrepen als een alternatieve verklaringsgrond voor de uitingen van een patiënt, in beginsel en voor zover mogelijk, werden geëlimineerd, naar analogie met een natuurwetenschappelijk experiment waarin immers ook alle variabelen constant gehouden worden zodat het resulterend proces verklaard kan worden in termen van een *agens* en een *reagens* en van niets anders.
3. Voor Freud en zijn tijdgenoten leek de recentelijk in zwang geraakte praktijk van spreekkamerconsulten een vorm van interactie die ontdaan was van alle transacties en voorvallen die niet onmiddellijk waren ingegeven door de af te handelen zaak zelf: een ‘sociale nul-situatie’.
4. In de *Ratschläge* stelt Freud twee - elkaar aanvullende - grondregels voor, gedragsregels voor de analysant en voor de analyticus: de grondregel van de vrije associatie en de grondregel van de onthouding. Deze regels vormen het wezenskenmerk van de psychoanalytische praktijk en ze transformeren het gebruikelijke spreekkamerconsult tot een geheel nieuwe categorie van interactie, die kan gelden als Freuds grootste sociologische vondst.

De rest van dit artikel is gewijd aan de staving van deze stellingen aan de hand van historisch materiaal en van passages uit Freuds oeu-

vre, vooral uit de vroege technische geschriften, de *Ratschläge* in de eerste plaats.

In de jaren tachtig van de negentiende eeuw, in de tijd dat Freud zich vestigde als neuroloog, voltrok zich in het medisch beroep een aantal ingrijpende veranderingen door de opeenvolging van wetenschappelijke ontdekkingen en therapeutische vindingen. Het was het heroische tijdperk van de geneeskunde, de tijd van Koch en Pasteur. Toch kwamen snelle en volledige genezingen nog maar zelden voor. De vernieuwingen die in die dagen werden geïntroduceerd in de neurologie, het specialisme van Freud, zijn tegenwoordig vrijwel zonder uitzondering als onsuccesvol opgegeven: de elektrotherapie van Erb, de Faradisatie, de rustkuur van Weir-Mitchell[15] enzovoort. De jonge Freud probeerde ze stuk voor stuk[16] met inbegrip van oudere geneeswijzen als massages, heilzame dampen, purgeermiddelen, geneeskrachtige baden en ook de hypnose die in die tijd, vooral in Frankrijk weer in aanzien aan het stijgen was.[17] Een van de onbedoelde gevolgen van de introductie van nieuwe geneeswijzen en van de toepassing van allerlei apparaten was dat het voor artsen nog moeilijker werd om hun patiënten aan huis te bezoeken, ook al werden de verbindingen en voertuigen in diezelfde tijd verbeterd:[18] het medisch instrumentarium was te zwaar en te omvangrijk geworden om per rijtuig te vervoeren, laat staan te paard en over landwegen.

Veel van de nieuwe behandelingsmethoden konden daarom slechts worden toegepast in de spreekkamer of vereisten zelfs een speciaal ingerichte kliniek. En, naarmate artsen meer remedies tot hun beschikking kregen vonden hun diensten vaker en gretiger aftrek bij patiënten. Zo werd het ook meer dan vroeger noodzakelijk dat artsen elke dag op een vaste tijd en op een afgesproken plaats te vinden waren. Bovendien, toen medici eenmaal de naam kregen dat ze tot genezingen in staat waren, begon ook hun aanzien bij hun medeburgers te stijgen. In het begin van de negentiende eeuw wordt de dokter nog afgeschilderd als een bedrijvig man die zich overal laat zien:[19]

'Je häufiger der Arzt auf der Strasse gesehen wurde, um so grösser schien seine Klientel, je grösser die Klientel, für um so tüchtiger und beliebter galt der Arzt.'

Dat was in die dagen de manier om patiënten te werven, of, volgens een satyricus uit die tijd:[20] 'Fahre immer in der Stadt herum,

wenn es dir auch anfänglich an Patienten fehlt, als hättest Du viel zu tun.'

Wanneer de arts al thuis ontving was het aanvankelijk in zijn *Audienzstunde:* voor de armen die een doktersvisite niet betalen konden en voor de meiden en knechts van de welgestelden die de ziekten van hun werkgevers kwamen beschrijven en goede raad en medicijn mee terugnamen, vaak zonder dat de dokter zelf zijn patiënt ooit te zien kreeg. Deze gebruiken veranderden in de loop van de negentiende eeuw onder invloed van de eerder genoemde vindingen, door het aanzien dat de artsen verwierven met hun nieuwe geneeswijzen, en, in ruimer perspectief, door de toename van het prestige van academische beroepen in het algemeen vanwege de verbetering van het universitair onderwijs en de afkondiging van regels voor de beroepsuitoefening, en ook door de sociale stijging van de meeste burgerlijke beroepen.

Al in 1829 placht een zekere dokter Hahnemann zijn patiënten elke dag gedurende een uur of vijf te ontvangen op zijn spreekuur, ongeacht hun maatschappelijke positie:[21] 'Um unsere edle Zeit zu sparen und unserer Würde nichts zu vergeben, dürfen wir bei keinem chronisch Kranken, und wäre er ein Fürst, wenn er [nicht][22] zu uns in Haus kommen kann, Besuche machen. Nur ein akuten, bettlägerigen Kranken müssen wir besuchen. Wer von denen die umher gehen können, nicht Rath bei Ihnen im Hause suchen will, kann wegbleiben, anders geht's nicht.'

Kennelijk gaat het hier om doelmatige tijdsbesteding (*edle Zeit*) en om beroepsprestige (*Würde*) en, interessant genoeg, de scheidslijn tussen spreekuurklanten en visitepatiënten loopt niet volgens lijnen van armoe of rijkdom, ('und wäre er ein Fürst'), maar tussen chronische (dat wil zeggen niet-urgente) en acute, bedlegerige patiënten: beroepscriteria moesten worden gehanteerd zonder standsverschil in aanmerking te nemen. Maar Hahnemann, die in zijn tijd als praktiserend medicus verwaand gevonden werd, was zijn collega's ver vooruit en vond de eerste decennia nog weinig navolging.[23]

'Erst seit der Mitte des 19. Jahrhunderts bürgerte sich die Sprechstunde im Hause des Arztes mehr ein; von den siebziger Jahren an wurde sie, wie die Dissertation von Ingrid Vieler zeigte, in der heutigen Form gebräuchlich. Noch 1896 riet allerdings der Berliner Jacob Wolff in seinem Buch über den praktischen Arzt und seinen

Beruf dem Anfänger, zunächst keine bestimmten Sprechstunden anzusetzen, erst später könnte er sich einen solchen Luxus leisten.'

De *Luxus* van een spreekuur was blijkbaar slechts weggelegd voor die artsen die zich een zo gezaghebbende reputatie hadden weten te verwerven dat de patiënten naar hen toe kwamen en zij hun patiënten niet hoefden op te zoeken. Het is aannemelijk dat de ontwikkelingen in Oostenrijk, met name in Wenen, zich ongeveer gelijktijdig voltrokken en langs gelijke lijnen als in de Duitse steden waarover het hier aangehaalde materiaal gaat.

Doctor Sigmund Freud, privaat-docent in de neuropathologie, opende zijn praktijk op paaszondag 1886, kort na zijn terugkeer van een studiereis naar Parijs - bij Charcot - en van een kort bezoek aan Berlijn.[24] De eerste praktijkjaren van Freud vormen een van de minst toegankelijke periodes van zijn leven, omdat zijn intense correspondentie met Martha Bernays ophield met de lang-verbeide hereniging van het paar, dat in september 1886 trouwde. De even leerrijke correspondentie van Freud met zijn vriend Fliess kwam maar langzaam op gang.[25] Ook waren er in die jaren nog geen beroemde en begaafde mensen die Freud bezochten en met hun geboekstaafde herinneringen latere geslachten konden verlichten. Freuds biografen zijn voor die periode gepreoccupeerd met een ander thema: de ontvangst van Freuds ideeën over hysterie binnen het Weens Medisch Genootschap.[26]

Na enkele maanden te hebben gewoond in de Rathausstrasse verhuisde Freud naar een appartement in het Keizerlijk Gedenkhuis. Over de voorzieningen daar is weinig bekend,[27] maar reeds in 1891 vestigde het gezin zich in de Berggasse, op nummer 19, waar Freud tot 1938 zou blijven wonen en werken en waar hij in 1907 zijn werkruimte van de benedenverdieping verlegde naar de eerste etage waar het gezin toen al woonde aan de andere kant van het trapportaal.[28]

Auteurs en collega's die Freud kwamen opzoeken hebben ook wel eens enkele woorden gewijd aan een beschrijving van zijn werkruimte, maar telkens als een socioloog zou wensen dat zo een getuige zich al was het maar even zou verwaardigen tot wereldse herinneringen over etiquette, bedienden, financiële regelingen, tijden en tijdroosters, wordt de schrijver in kwestie weer getroffen door een nieuwe vonk van Freuds genie, een flits van inzicht die inderdaad de voorrang verdient.

Het pand aan de Berggasse waar Freud praktijk hield wordt de ene keer beschreven als ‘une maison de médiocre apparence dans un quartier perdu de Vienne’ (A. Breton),[29] dan weer als ‘a large appartment in one of the best residential quarters in Vienna.’[30] Maar volgens een ook al in Wenen gevestigde tijdgenoot, ‘pupil and friend’, Hanns Sachs, lag het ‘in a quiet and respectable, if not exactly distinguished, neighbourhood.’[31]

Freuds werkruimte bestond uit drie vertrekken en een portaaltje: er was een wachtkamer, een studeerkamer waar de beroemde collectie antiek stond uitgestald en die te bereiken was door de spreekkamer waar Freud zijn patiënten ontving.[32] In het begin kwamen maar heel weinig patiënten Freud raadplegen, betalende patiënten nauwelijks. Freuds vriend en mentor, Joseph Breuer, had hem dan ook aangeraden ‘to take low fees, treat a good many people gratis, and count on earning five gulden a day for the first two years’.[33]

Freud werkte ook nog driemaal in de week als hoofd van de neurologische afdeling op het Instituut voor Kinderziekten van zijn relatie Kassowitz. Elke middag hield hij thuis van twee tot drie uur een spreekuur (*Ordinationsstunde*) waar hij patiënten ontving die veelal naar hem waren verwezen door bevriende collega's, zoals Nothnagel en vooral Breuer:[34] ‘In die Ordination die beiden alten Patienten von Breuer, sonst nichts. Ich habe in der Regel fünf Personen in der Ordination: die zwei zum Elektrisieren, einen Gratis, einen Schnorrer und einen - Schadehen [koppelaar].’

Freud paste de therapieën toe die in de neurologische praktijk van die dagen gemeengoed waren, maar raakte langzamerhand bekend als specialist in hypnose met een bijzondere belangstelling voor hysterische verschijnselen. Hij had tenslotte bij Charcot[35] gestudeerd, lezingen gehouden over de hysterie, werken van Charcot en Bernheim[36] vertaald en ingeleid, en in 1889 de kliniek van Bernheim en Liébault in Nancy bezocht.[37]

Geleidelijk aan werden dan ook naar Freud patiënten verwezen met symptomen die alle pogingen tot organische behandeling hadden weerstaan en daarom aan psychische oorsprongen werden toegeschreven.[38] Bij het traceren van de ontwikkeling van de psychoanalytische setting valt op dat Freud deze patiënten maar zelden in zijn spreekkamer ontving en dat hij ze meestal behandelde in hun eigen omgeving.

Hij beschouwde dat blijkbaar als een kwestie van geen belang, als hij het al ooit in beschouwing nam, want zelden of nooit maakt hij gewag van de omgeving waar de behandeling plaatsvond. In zijn eerste ziektegeschiedenis (1892), treft de lezer hem op huisbezoek bij een hysterische patiënte.

'Ich wurde nicht als willkommener Retter aus der Not begrüsst, sondern offenbar nur widerwillig angenommen und durfte auch nicht viel Zutrauen rechnen.'[39]

In de *Studien über Hysterie* (1895) blijkt dat Freud het merendeel van zijn patiënten thuis bezoekt, in verpleeginrichtingen of klinieken, maar minstens één ontvangt hij voor consult in zijn spreekkamer; Lucy R. 'besuchte mich von Zeit zu Zeit in meiner Ordinationsstunde',[40] zo ook, blijkbaar Rosalie H.: '...Eines Tages erschien die Patientin bei mir.'[41] Dagelijkse visites[42] aan huis of in de kliniek hoorden kennelijk tot de normale gang van zaken in het begin van de jaren negentig.

Zo voltrok zich het keerpunt in de behandeling van Elisabeth von R. toen zij tijdens de zitting haar zwager hoorde in de aangrenzende kamer, maar de conclusie dat deze verstoring ten huize van patiënte plaatsvond wordt aan de lezer gelaten.[43] In klinieken en rusthuizen werd soms consult gehouden aan het ziekbed, maar vooral in latere jaren gebeurde het ook wel in een speciale spreekkamer of behandelkamer in het gebouw zelf. In 1910, toen de Wolfman met zijn behandeling begon, ging het er blijkbaar alleen om wat het beste uitkwam, zij het, tegen die tijd, om wat Freud het beste uitkwam:[44] 'Freud told us he found my case suitable for psychoanalytic treatment, but that he was at present so busy that he could not immediately take any new patients. However, we might make a compromise. He was visiting a patient every day in the Cottage Sanatorium, and following this visit he would begin my treatment there, if I agreed to spend a few weeks in the sanatorium.'

Enkele weken later ging Freud er toe over om de Wolfman voor behandeling op zijn praktijk in de Berggasse te laten komen. Naar de redenen die Freud en zijn patiënten te zamen brachten in zijn spreekkamer in plaats van bij hen thuis of elders valt slechts te gissen. In elk geval was het niet een kwestie van apparatuur die moeilijk overal mee naartoe gesleept kon worden, zoals dat in andere medische specialismen het geval was. Freud gaf het gebruik van instru-

menten stuk voor stuk op en zag uiteindelijk van alle ingrepen af. Maar voor een man met Freuds werkschema, met arbeidsdagen van negen uur 's ochtends tot na middernacht moet het een grote opluchting zijn geweest om zich de tijd en de moeite te kunnen besparen van hot naar her te draven.[45]

Onder de medici van het eind van de vorige eeuw gold een spreekkamerpraktijk in plaats van huisbezoek als een teken van een toegenomen professionele reputatie, een *Luxus* die iemand zich pas kon veroorloven als hij naam gemaakt had en als een regeling die dan weer iemands aanzien verhoogde:[46] 'Gräfe und Barone hilfesuchend in seiner Antichambre.' Deze reputationele kanten van de veranderingen in Freuds praktijkvoering komen verderop nog aan de orde.

Toch moet de noodzaak van fysieke en sociale beslotenheid, en van een onveranderlijke omgeving in deze overgang naar een spreekkamerpraktijk voorop gestaan hebben: de spreekkamer vergrootte in hoge mate de mogelijkheid om het toneel van behandeling te beheersen.

De ontwikkeling van Freuds eigen therapeutische methode voltrok zich in de geleidelijke afstoting van vrijwel alles wat kon herinneren aan het medisch bedrijf en, uiteindelijk zelfs van ieder voorschrift op één na: de grondregel van de vrije associatie.

In de loop van het eerste vijftal jaren gaf Freud de gebruikelijke neurologische therapieën op en handhaafde alleen de rustkuur, tot zeker 1910.[47] In december 1887 ging hij gebruik maken van hypnotische suggestie,[48] maar ook met deze techniek was zijn ontwikkeling een van vermindering van ingrepen; de hypnotische suggestie maakte dan plaats voor de eenvoudige instructie aan de patiënt om zich te concentreren en om te proberen zich de omstandigheden te binnen te brengen waaronder zijn klachten zich voor het eerst hadden voorgedaan.[49] In daaropvolgende jaren gaf Freud langzamerhand ook zijn pogingen op om hypnose teweeg te brengen, ten dele omdat hij er op sommige patiënten geen vat mee kreeg, deels ook omdat hij het te afmattend vond en vooral omdat hij merkte dat het zonder dat ook ging: 'Wo also der erste Versuch nicht Somnambulismus oder einen Grad von Hypnose mit ausgesprochenen körperlichen Veränderungen ergab, da liess ich die Hypnose fahren, verlangte nur "Konzentration".'[50]

Met deze 'druktechniek' ging Freud als volgt te werk:[51] 'Ich legte

der Kranken die Hand auf die Stirne oder nahm ihren Kopf zwischen meine beide Hände und sagte: "Es wird Ihnen jetzt einfallen unter dem Drucke meiner Hand. Im Augenblicke, da ich mit dem Drucke aufhöre, werden Sie etwas vor sich sehen oder wird Ihnen etwas als Einfall durch den Kopf gehen und das greifen Sie auf. Es ist das, was wir suchen. Nun, was haben Sie gesehen oder was ist Ihnen eingefallen?"... Ich wurde allmählich so kühn, dass ich den Patienten, die zur Antwort gaben: "Ich sehe nichts" oder: "Mir ist nichts eingefallen," erklärte: das sei nicht möglich. Sie hätten gewiss das Richtige erfahren, nur glaubten Sie nicht daran, dass es das sei, und hätten es verworfen... Ich behielt in der Tat jedesmal recht, die Kranken hatten noch nicht gelernt, ihre Kritik ruhen zu lassen...'

Deze druktechniek werd op haar beurt waarschijnlijk tegen 1900 opgegeven.[52] Patiënten werd toen nog wel gevraagd om te gaan liggen en om hun ogen te sluiten, en zelfs dit laatste verzoek bleef kort na 1900 achterwege.[53] Alleen de liggende positie op de sofa resteerde nog als overblijfsel uit de neurologische en hypnotische oorsprongen van de behandeling, toen Freud in 1903 over zijn behandelingsmethode schreef:[54] 'Er behandelt gegenwärtig seine Kranken, indem er sie ohne andersartige Beeinflüssung eine bequeme Rückenlage auf einem Ruhebett einnehmen lässt, während er selbst, ihrem Anblick entzogen, auf einem Stuhle hinter ihnen sitzt. Auch den Verschluss der Augen fordert er von ihnen nicht und vermeidet jede Berührung sowie jede andere Prozedur, die an Hypnose mahnen könnte. Ein solche Sitzung verläuft also wie ein Gespräch zwischen zwei gleich wachen Personen, von denen die eine sich jede Muskelanstrengung und jeden ablenkenden Sinneseindruck erspart, die sie in der Konzentration ihrer Aufmerksamkeit auf ihre eigene seelische Tätigkeit stören könnten...'

De overgang van de hypnose naar de kathartische methode en vandaar naar de psychoanalytische procedure, voltrok zich als een geleidelijke eliminatie van activiteiten, hetzij van ingrepen, hetzij van instrueties. Zij werden opgegeven omdat ze niet effectief waren en overbodig, maar ook omdat ze ingingen tegen het opkomende paradigma van de psychoanalytische *setting*: alles wat de patiënten tijdens de zitting deden of zeiden, was te begrijpen uit hun eigen psychische conflicten en mocht op geen enkele wijze beïnvloed worden of zelfs maar beïnvloed schijnen door de therapeut of door de omgeving: 'ohne an-

dersartige Beeinflussung', 'vermeidet jede Berührung', 'jede Muskelanstrengung und jeden ablenkenden Sinneseindruck'. Zo werd de psychoanalytische ontmoeting binnen de constante en besloten spreekkamer gebracht en kwam de choreografie ervan nagenoeg tot stilstand.

Alvorens de complementaire grondregels van onthouding en van vrije associatie te bespreken, is het nuttig om enkele andere ontwikkelingen van de psychoanalytische *setting* in verband te brengen met de gangbare medische praktijk in de tijd van Freud: afspraken over betaling, over tijden, discretie en kennismaking, waarbij telkens de achterliggende ontwikkeling naar een sociale 'nul-situatie' is aan te tonen.

In zijn geschriften neemt Freud in geldzaken een compromisloos standpunt in dat niet alleen het onderscheid tussen de psychoanalytische praktijk en de pastorale en charitatieve zorg accentueert, maar ook een breuk inhoudt met de medische traditie van eregelden geschonken door de rijken en gratis behandeling voor de armen. Geldzaken moesten al bij aanvang van de behandeling geregeld worden; het honorarium moest meteen worden vastgesteld, regelmatig voldaan worden, en geen vrijstelling was toegestaan. Deze simpele en strikte regeling vond haar rechtvaardiging niet alleen in de eenvoudige noodzaak om een levensonderhoud te verdienen, maar ook in de constatering dat 'Geldangelegenheiten von den Kulturmenschen in ganz ähnlicher Weise behandelt werden wie sexuelle Dinge, mit derselben Zwiespältigkeit, Prüderie und Heuchelei.'[55]

De psychoanalyticus moet deze neiging tegengaan: 'Er beweist ihm, dass er selbst eine falsche Scham abgelegt hat, indem er unaufgefordert mitteilt, wie er seine Zeit einschätzt.'[56]

Deze opvatting van geldzaken was in Freuds tijd misschien niet uniek of zelfs maar ongebruikelijk, maar voor hemzelf was het toch een tamelijk omstreden houding: 'Das ist, wie man weiss, nicht die gewöhnliche Praxis des Nervenarztes oder des Internisten in unserer europäischen Gesellschaft. Aber der Psychoanalytiker darf sich in die Lage des Chirurgen versetzen, der aufrichtig und kostspielig ist, weil er über Behandlungen verfügt, welche helfen können.'[57]

Freuds opvattingen in dezen weken trouwens ook af van de gebruiken bij hypnotiseurs en magnetiseurs. Zijn oudere tijdgenoot Lié-

bault behandelde patiënten zonder vergoeding; hij had in eerdere beroepen al een klein vermögen vergaard. ‘La plupart des magnétiseurs qui l'avaient prédedé, a l'exception de Mesmer, n'étaient pas médecins de profession; leur activité psychothérapique était pour eux secondaire et ils n'en attendaient pas de profits matériels.’[58]

Zulke gevoelens van ‘Zwiespältigkeit, Prüderie und Heuchelei’ onder ‘Kulturmenschen’ werden meer dan een eeuw tevoren levendig onder woorden gebracht door een hoogleraar in de medicijnen uit Tübingen, D.W.G. Plouquet.[59] ‘Eine Belohnung, ein Stück Geld von Hand zu Hand zu empfangen, so gewiss es auch Bezahlung einer Schuld, und kein Geschenk ist, hat doch immer etwas Zurückstosendes, etwas Undelicates an sich, über welches mancher Arzt sein ganzes Leben hindurch sich nicht ganz hinwegsetzen kann, immer erregt es eine Art widriger, beschämender Empfindung.’

Het is niet gepast en ook niet erg verstandig om het onderwerp van betaling aan te snijden: ‘Die freywilligen Geber bringen oft mehr als die Taxe besagt’ vaak ‘nicht in Gelde, sondern mit Kostbarkeiten.’[60]

Bijna een halve eeuw later is de verlegenheid in het geheel niet verminderd: ‘Haben wir eins noch zu besprechen, von dem wir lieber schweigen möchten... vom *Lohne* des *Arztes*...’[61]

Doctor Liehrsch vat zijn fmanciële adviezen als volgt samen: ‘In allen Fällen der Bezahlung muss der Arzt den *Anstand* wahren, den sein Stand, der kein Handwerkerstand ist, erfordert.’[62] De laatste woorden leveren een aanwijzing voor de motieven van deze verlegenheid. Door prompte betaling te verlangen volgens vastgesteld tarief, zou een arts zich gelijkstellen aan een handwerksman die lager in aanzien stond en kennelijk was het standsverschil niet groot genoeg om deze angst te verhinderen. ‘Unwillkürlich stellt man durch ein solches Faktum seine Kunst dem Handwerke gleich.’[63] De socioloog zal nu deze voortdurende en tamelijk hevige verlegenheid met financiële kwesties in de medische stand van de negentiende eeuw verklaren uit Statusangst, waar een psychoanalytische verklaring zou verlopen met verwijzing naar de symbolische betekenissen van geld, bijvoorbeeld:[64] ‘... denn der Kot war das erste Geschenk, das der Säugling machen konnte, dessen er sich aus Liebe zu einer Pflegerin entäusserte. Im weiteren, durchaus analog dem Bedeutungswandel in der Sprachentwicklung, setzt sich dies alte Kotinteresse in die Wertschätzung von *Gold* und *Geld* um...’

Uiteraard zou geen enkele psychoanalyticus een dergelijke verklaring *in abstracto* presenteren, maar hij zou zulke bijbetekenissen gebruiken als zoekschema's binnen de gegeven context van uitingen van een patiënt of van een autobiografisch fragment.[65]

Hier zij herinnerd aan Elias opmerkingen over 'Sociologie en Psychiatrie':[66] 'De moeilijkheid is dat, evenals in andere overeenkomstige gevallen, elke groep wetenschappelijke specialisten zijn eigen type verklaring als uitputtend en exclusief beschouwt... In zekere zin raken de twee groepen in een wedijver gewikkeld, waarbij elk probeert de verklaring van de ander tot zijn eigen werkkring te reduceren omdat deze meer fundamenteel zou zijn... Elk kan het gevoel krijgen dat de andere groep zijn eigen beroepsmatige en theoretische autonomie bedreigt.'

Maar de duidelijke kloof tussen de verschillende verklaringen laat zieh in dit geval overbruggen door de gène van de artsen nader te bezien; Liehrsch roept uit: 'wie sollte da ein Geschenk an Pretiosen oder Geld ein passendes Equivalent sein',[67] voor de inspanningen die de arts zieh moet getroosten tot redding van zijn patiënt. 'Der Arzt hat *Recht*, Lohn zu fordern; darum nehme er selbst die grössten Gaben nicht mit beschämten und kriechende Danke an.'[68] De dokter heeft recht op betaling voor zijn diensten en zelfs al zou hij door om zijn geld te vragen of door giften te aanvaarden de schijn wekken af te doen aan eigen status, zieh gelijk te stellen met een handwerksman, dan neemt dat toch niet weg dat alle geld en gaven niet kunnen opwegen tegen de levensreddende diensten die hij zijn patiënten heeft bewezen:[69] 'The wealthy by no means discharge in full their obligations to the Physician, who attends upon them in all their sickness with unwearied fidelity, when they pay him for his attendance. They owe to him the affection of a true friendship, and the gratitude due to something more than a professional performance of duty in their behalf.'

William Hooker voltooit in deze passage van omstreeks 1850 de ommekeer: het mag waar zijn dat naar de statusgevoeligheden van die dagen, iemand die een betaling ontving voor bewezen diensten het risico liep dat hij werd ingedeeld bij de lagere rangen van ambachtslieden en werklui, maar er bestond tegelijkertijd een morele hiërarchie waarin plichtsgetrouwe, zelfopofferende, levensreddende inspanningen een mens verhieven boven zijn maatschappelijke superieuren,

voorwerp van zijn zorg. Deze omkering van waarden, waarin een kennelijk voordeel wordt opgegeven voor een minder duidelijke, vaak geheime of zelfs onbewuste glorie, wordt in de psychoanalytische psychologie aangeduid als een (moreel) masochistische manoeuvre.[70] En in zekere zin was dat ook wat de professionele houding in geldzaken inhield: met insisteren op prompte en passende betaling riskeerden artsen dat zij naar status bij de lagere beroepen werden gerekend; door van hun aanspraken af te zien konden zij die degradatie in status voorkomen en proberen zichzelf buiten de heersende status-hiërarchie te plaatsen, om zieh daarmee impliciet in een andere, morele, status-hiërarchie te situeren. Dit moest stilzwijgend gebeuren, omdat het niet past bij de positie van de weldoener om die luidkeels voor zichzelf op te eisen. Dit alles hoort bij de moreel masochistische houding: afstand doen van kennelijke, onmiddellijke voordelen terwille van een of andere onuitsprekelijke en veelal ondenkbare fantasie van glorie. De artsen steunden elkaar in deze opstelling, bijvoorbeeld, met zoveel woorden in geschrifte, in handboeken; en binnen hun beroepskring gaven zij ook uiting aan hun fantasie van morele glorie.[71] Op lange termijn baatte deze zelfverloochenende houding de reputatie van een arts, bezorgde hem patiënten, en droeg zo uiteindelijk ook bij tot zijn materieel welzijn.

In de loop van de negentiende eeuw is het aanzien van het medisch beroep als geheel gestegen, ook al door de uitbreiding van het therapeutisch arsenaal. Maar binnen de medische beroepskring moeten artsen elk voor zieh een reputatie opbouwen waarin morele grandeur een geringer aandeel krijgt en technische bekwaamheid voor steeds meer gaat tellen.

Het was alweer Hahnemann die voorging in een meer consistente en directe benadering: ‘Sie müssen sich auch, wenn der Kranke zu Ihnen ins Haus kommt, jedesmal gleich ihr Honorar für Bemühung auszahlen lassen...’[72] Maar Hahnemann, die zijn ‘edle Kunst’ zo hoog stelde, was ook niet meer zo bang om met een schoenlapper of een smid vergeleken te worden. Op den duur verminderden de statusangsten van artsen door de grote toename in aanzien van het medisch beroep in vergelijking met andere beroepen, maar daarmee verdween voor iedere arts afzonderlijk nog niet de noodzaak om zieh in coneurrentie met zijn collega's een eigen reputatie op te bouwen. Aanvanke-

lijk, toen de professie als geheel haar aanspraken baseerde op een verheven zelfverloochenende houding, dwong deze concurrentiestrijd van afzonderlijke artsen om een reputatie binnen hun beroepskring iedere individuele arts om zo opofferend te zijn als zijn naaste collega. Op de lange termijn was elke arts in de professie als geheel gebaat bij het bewaren van de sociale afstand tot ambachtslieden in termen van prestige, privileges en ook beloning. Worden deze medische kwesties bezien vanuit het oogpunt van statusverwerving en -handhaving, dan blijken deze voorname gedragsregels in financiële kwesties opeens ook de ondernemingszin te dienen: wilde een arts patiënten werven om zo zijn morele - en in een latere periode ook technische - kwaliteiten te kunnen tonen, zodat hij zijn reputatie kon vestigen en een cliëntèle kon vormen in coneurrentie met andere beroepsuitoefenaren in hetzelfde verzorgingsgebied, dan moest een dokter in zijn eerstejaren een aantal patiënten gratis of tegen gereduceerd tarief behandelen. De handboeken van Ploucquet en Liehrsch kunnen ook gelezen worden als handleidingen bij de verovering van een reputatie door opzichtig vertoon van moreel karakter, van vriendelijkheid en meegevoel, van bereidwilligheid, betrouwbaarheid, discretie, kuisheid, belezenheid, et cetera. De ‘otherdirectedness’ van deze adviezen is soms frappant:[73] ‘In den Augen des Publikums sind Sie wenig oder nichts, wenn Sie keine Bibliothek haben.’ De aankomende dokter werd onderwezen in het betoon van bescheidenheid tegenover oudere of gevestigde collega's, en van arrogantie jegens de lagere rangen binnen de hulpverlenende beroepen: chirurgijnen en vroedvrouwen. In deze handboeken uit het begin van de negentiende eeuw verschijnt de dokter als een ondernemer die investeerde in zijn reputatie ten koste van enige materiële beloning op korte termijn. De auteur kwam hem daarbij te hulp:[74] ‘detailing the techniques whereby the individual could ingratiate himself with others, warning against the kind of behavior which others found offensive, with all of these counsels dedicated to the end of inducing others to assist in one's campaign for wealth and social prestige.’

In zijn Studie over de hbofse samenleving in Frankrijk vergelijkt Norbert Elias de gedurige schattingen van hun sociale positie door de hovelingen met een effectenbeurs: ‘Auch in ihm bildeten sich in einer aktuell gegenwärtigen Gesellschaft wechselnde Meinungen über Werte.’ En hij legt vervolgens uit dat een configuratie zoals het Fran-

se hof vormde samenging met een geheel eigen soort rationaliteit:[75] 'Wie jeder. Typ der Rationalität, bildet sich auch dieser in Verbindung mit ganz bestimmten Zwängen zur Selbstkontrolle der eigenen Affekte heraus. Eine gesellschaftliche Figuration, innerhalb derer ein relativ hohes Mass an Umformung der Fremdzwänge in Selbstzwänge stattfindet, ist ein stehende Bedingung für die Produktion von Verhaltensformen, auf deren unterscheidende Merkmale man durch den Begriff der "Rationalität" hinzuweisen sucht. Die Komplementärbegriffe "Rationalität" und "Irrationalität" beziehen sich dann auf den relativen Anteil von kurzfristigeren Affekten und langfristigeren gedanklichen Modellen der beobachtbaren Realitätszusammenhänge an der individuellen Verhaltenssteuerung.'

Elias wijst erop dat dit hoofse type van rationaliteit de aanvaarding impliceerde van verlies aan financiële mogelijkheden (*Chancen*) ter wille van grotere status- en prestigekansen.[76]

'Was im höfischen Sinne als "rational" und "realistisch" erschien, war dementsprechend im berufsbürgerlichen "irrational" und "unrealistisch". Beiden gemeinsam war die Steuerung des Verhaltens im Hinblick auf Machtchancen, *wie man sie jeweils verstand, also entsprechend der jeweiligen Figuration der Menschen*.'

Deze benadering kan ook enige tegenstrijdigheden in de gebruiken van vrij gevestigde beroepsuitoefenaars ophelderen. Hun eerste zorg betrof immers de vestiging van een reputatie, vroeger van morele voortreffelijkheid, later in toenemende mate van technische bekwaamheid, dit als doel op zichzelf en ter vergroting van de kansen op financieel gewin en persoonlijk aanzien. De sociale constellatie waarin beroepsuitoefenaren met privé-praktijk zich bevonden, legde ook hun een geheel eigen, reputationele, rationaliteit op.

De grote ontdekkingen uit de tweede helft van de negentiende eeuw, die van Freud zelf inbegrepen, verhoogden de status van het medisch beroep in zijn geheel aanmerkelijk. Maar tot de invoering van grootscheepse collectieve ziekenfondsen en verzekeringen die artsen zeker stelden van een gestage stroom patiënten en van een vaste inkomensbasis, ging de wedijver om reputatie binnen de beroepskring vrijwel onverminderd voort.[77] En zo begon ook Freud zijn praktijk als deel van een configuratie waarbinnen hij voor zichzelf een naam moest veroveren wilde hij zieh kunnen handhaven als arts en zelfs als kostwinner van een middenstandsgezin. Tegen deze ach-

tergrond dient Breuers goedbedoelde raad, hierboven aangehaald, gelezen te worden.

Als psychologisch ontdekker en als oorspronkelijk moralist lukte het Freud om zichzelf een uitzonderlijk ruime marge van bewegingsvrijheid te verschaffen binnen de Weense professionele gemeenschap, zelfs om sommige nadelen in zijn voordeel te keren, maar dat was hem toch alleen mogelijk binnen een sociale configuratie waarin hij als man zonder eigen middelen,[78] misschien ook als jood,[79] gedwongen was in de kortste keren een eigen reputatie te veroveren. De vooruitzichten daartoe leken somber:[80] 'Since there was nothing to live on for such a stretch of time Freud concluded he would have to emigrate after six months, but Breuer thought there was no hope in that either unless he went as a waiter.'

Een universitaire loopbaan bood te weinig inkomsten om een gezin van te onderhouden. Zo bleven nog twee wegen open om een bestaan op te bouwen: de verwijzingen[81] en soms de financiële hulp accepteren van een paar bevriende, oudere collega's, of een grote ontdekking doen als doorbraak naar de roem. Freud bewandelde beide paden. Als scherp waarnemer van zijn collega's had hij enkele tactieken van het reputatiespel doorzien, als moralist wist hij het dilemma te omzeilen door een eigen speeltrant te ontwikkelen:[82] 'Freud observed that all these men had a certain characteristic "manner", so that he had better decide to adopt one also. He chose to exploit his native tendency to uprightness and honesty: he would make a "mannerism" of that, and the various people would have to get used to it. If he didn't succeed, at least he would not have lowered himself.'

In later jaren zal Freud ook gemerkt hebben dat een controversiële reputatie in een kosmopolitisch centrum als het Wenen van die tijd iemand niet enkel en alleen tot nadeel strekte.

Worden Freuds eerste praktijkjaren als zelfstandig arts bezien tegen de achtergrond van de sociale configuratie waarin hij zich bevond en waarin hij zich gedwongen zag om snel zijn reputatie te vestigen, dan is voor begrip van zijn handelwijze verwijzing naar morele of psychische eigenschappen grotendeels overbodig, of het nu zijn beweerde ambitie betreft, of dat het gaat om zijn preoccupatie met de prioriteit in wetenschappelijke vondsten, zijn belangstelling voor geld of hang naar een burgerlijke levensstijl, of al die andere trekken die het onderwerp geweest zijn van zoveel verbitterde en in wezen morali-

serende polemiek. Zo groot was de druk die van deze configuratie uitging dat geen mens ooit van hem gehoord zou hebben als Freud er niet tegen opgewassen was geweest en hij was zich dat zelf scherp bewust:[83] ‘In wenigen Wochen ist mein Geld - das ich noch nicht einmal behoben habe - zu Ende, und dann muss es sich ja zeigen, ob ich weiter in Wien leben kann... oder in Amerika, Australien oder sonstwo... Und im Vertrauen, meine Hoffnung, es in Wien aushalten zu können, ist sehr klein.’

Deze voortgaande strijd om eigen reputatie kan ook sommige volgelingen van Freud ertoe gebracht hebben om een nieuwe theorie annex therapie te verkondigen en zo zelf naam te maken, zoals het ook nu nog een drijvend motief daartoe kan vormen voor al die therapeuten wier diensten nog niet door de overheid vergoed worden. Het zou de moeite waard zijn de inkomensbronnen van therapeuten, de werving en verdeling van cliënten eens na te gaan en in verband te brengen met de verkondiging en verbreiding van nieuwe therapievormen.

Deze uitvoerige uitweiding over de financiële zorgen van negentiende-eeuwse medici en over de noodzaak en de mogelijkheden van reputatievorming binnen de medische beroepskring verschaft enig inzicht in de sociale dwangen waarmee ook Freud moest zien te leven; hiermee komen zijn aanbevelingen over de regeling van de betaling in een ander licht te staan. Het is in elk geval duidelijk welke verwikkelingen hij zichzelf en zijn patiënten ermee bespaarde:[84] ‘Ich meine, es ist doch würdiger und ethisch unbedenklicher, sich zu seinen wirklichen Ansprüchen und Bedürfnissen zu bekennen, als, wie es jetzt noch unter Ärzten gebräuchlich ist, den uneigennützigen Menschenfreund zu agieren, dessen Situation einem doch versagt ist, und sich dafür im Stillen über die Rücksichtlosigkeit und die Ausbeutungssucht der Patienten zu grämen oder laut darüber zu schimpfen.’

Freud waarschuwt dan ook in de *Ratschläge* tegen het aannemen van niet-betalende patiënten en tegen het gebruik om collega's en hun verwanten zonder vergoeding te behandelen. Allereerst, omdat een enkele analytische behandeling al neerkomt op:[85] ‘die Entziehung eines ansehnlichen Bruchteils seiner für den Erwerb verfügbaren Arbeitszeit (eines Achtels, Siebentels u. dgl.) auf die Dauer von vielen Monaten.’ (Merk op dat de behandeling nog slechts ‘viele Monate’ duurt.)

Er is echter nog een andere reden:[86] ‘Manche der Widerstände des

Neurotikers werden durch die Gratisbehandlung enorm gesteigert...'

En ten derde:[87] 'das ganze Verhältnis rückt aus der realen Welt heraus; ein gutes Motiv, die Beendigung der Kur anzustreben, wird dem Patienten entzogen'. Freud vermeldt dat hij zelf tien jaar lang gratis behandelingen verrichtte, '... täglich eine Stunde, zeitweise auch zwei...'. Maar dit was uitsluitend ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek, '... weil ich zum Zwecke der Orientierung in der Neurose möglichst widerstandsfrei arbeiten wollte.'[88] Niettemin veroorloofde Freud zieh ook in later jaren vrijstelling van zijn eigen aanbevelingen en behandelde hij soms patiënten gratis, bijvoorbeeld de Wolfman die hij ook nog hielp met geld en andere goede zorgen.[89]

Ook met zijn betalende patiënten kan hij weleens minder strikt geweest zijn dan zijn *Ratschläge* doen vermoeden, in elk geval nog in 1898, toen hij aan Breuer, bij wie hij in de schuld stond, schreef:[90] 'Schon seit mehreren Jahren war ich in meiner Wirtschaftsrechnung aktiv, aber der Überschuss bestand stets in Ausständen, wie sie unsere Profession sich gefallen lassen muss, und die wiederholt erprobte Schwierigkeit, bares Geld, das man zur Lebensführung braucht, auch wenn es gedeckt ist, sich leihweise zu verschaffen, machte mir die Aufnahme der Rückzahlungen unmöglich. Erst im letzten Jahr, wel- ches das beste meiner Praxis war, hat sich ein solcher Überschuss im Barem hergestellt, dass ich mich dessen Verminderung um eine gewisse Summe getrauen könnte.'

In dezelfde brief schrijft Freud over een regeling die hij met een van zijn patiënten had getroffen: 'Mir lag selbst daran, kein Übermass von Dankbarkeit aufkommen zu lassen; andererseits lag es mir ferne, das arme Mädchen ihrer kleine Habe zu berauben.' Deze overwegingen zo te zien althans ingegeven door therapeutische motieven, resulteerden in een regeling die voorzag in een sterk gereduceerd tarief dat pas betaald hoefde te worden wanneer de jongedame van haar toen nog levende moeder zou erven.[91]

Freuds opvatting van geldzaken getuigt van zijn vaste voornemen om zich te handhaven als praktiserend arts en als gezinshoofd, maar zieh tegelijk ook te ontdoen van alle, meest stilzwijgende, voor een deel tegenstrijdige, morele en sociale verplichtingen die zouden leiden tot onhanteerbare verwikkelingen en het psychoanalytisch proces konden verstoren. Zo werd de psychoanalytische setting ontdaan van alle franje waar 'Kulturmenschen' in de omgang aan vastgehouden

hadden. Alle financiële ingewikkeldheden werden in principe teruggebracht tot een minimale afspraak van maximale duidelijkheid: stipte maandelijkse betaling naar vastgesteld tarief; alweer een verdere benadering van een sociale nul-situatie.

Na dit overzicht van de fysieke en financiële inrichting van de psychoanalytische setting kan een bondiger bespreking volgen van tijdsindelingen en van de voorzieningen die de psychoanalytische dyade moesten vrijwaren van storingen uit het omringende sociale netwerk.

'In betreff der Zeit befolge ich ausschliesslich das Prinzip des Vermietens einer bestimmten Stunde.'

Deze strikte regel[92] wordt onmiddellijk gevolgd door een vergelijking met praktizijns van lager status, leraren in muziek of vreemde talen in de betere kringen, die zich toch ook aan die regel houden; maar voor een arts is dat wellicht te rigoureus, de medische stand onwaardig. (Een verre echo van doctor Liehrsch.) Toch is de regel te rechtvaardigen onder verwijzing naar de bedreiging van het materieel bestaan van de arts die zou ontstaan als de patiënten met allerlei uitvluchten niet kwamen opdagen.[93]

'Von der Bedeutung der Psychogenie im täglichen Leben der Menschen, von der Häufigkeit der "Schulkrankheiten" und der Nichtigkeit des Zufalls gewinnt man erst eine ordentliche Überzeugung, wenn man einige Jahre hindurch Psychoanalyse betrieben hat unter strenger Befolgung des Prinzips der Stundenmiete.'

Met deze vaste regel hakte Freud een knoop door die vele negentiende-eeuwse artsen verstrikt gehouden had in allerlei statusdilemma's en reputationele berekeningen:[94] 'Junge Aerzte und Charlatane pflegen meist ihre Besuche abzukürzen, um für vielbeschäftigt zu gelten; Vielbeschäftigte müssen dies ohnehin; Andere suchen sich gerade durch langen Aufenthalt beliebt zu machen.'

Freud werkte met een patiënt gewoonlijk zes dagen per week, een uur per dag.[95] Over de duur van de behandeling placht Freud zich nogal terughoudend te betonen, 'Die Frage... ist... kaum zu beantworten.' Dit is een van de weinige onbepaalde clausules in de impliciete behandelingsovereenkomst. De patiënt moest dan ook volledig duidelijk gemaakt worden dat een psychoanalyse lange tijd kon duren: een half jaar, een jaar, of nog langer. Het lag helemaal in de lijn dat Freud er dan ook van afzag 'die Patienten auf eine gewisse Dauer

des Ausharrens in der Behandlung zu verpflichten.'[96] De analyse kon worden afgebroken wanneer de patiënt dat wenste; wel waarschuwde Freud dat dit op een 'unbefriedigenden Zustand' voor de patient zou kunnen uitlopen.[97]

Het laat zieh aanzien dat Freuds aanbevelingen over strikte en nauwgezette regeling van tijden beter strookten met zijn persoonlijke neigingen dan de al even strikte voorschriften in financiële kwesties: 'The Herr Professor is always *sehr pünktlich* - very punctual - in everything he does.'[98] Met deze stiptheid kon Freud ook zijn buitengewoon druk bezet programma volhouden: 'eight or nine hours of therapeutical or training analysis make a strenuous day's work.'[99] De avonden gingen op aan zijn talloze bezigheden als onderzoeker, schrijver, leermeester, een overvloedig briefschrijver en de voorman van een geleidelijk uitdijende beweging met eigen periodieken en uitgeverijen en een verscheidenheid aan bestuurslichamen.

De psychoanalytische setting raakte zo geleidelijk meer bepaald in tijd en ruimte en werd ontdaan van alles wat overbodig was, wat tot dubbelzinnigheid tussen analyticus en analysant zou kunnen leiden, alle elementen die de situatie zouden kunnen contamineren in de zin dat zulke elementen in plaats van de psychische conflicten van de patiënt zouden kunnen worden aangegrepen ter verklaring van diens uitingen in de analyse. Deze afgescheiden dyadische ontmoeting is hier aangeduid als de 'sociale nul-situatie', naar analogie met de term 'nul-hypothese' en met het natuurwetenschappelijk experiment waarin immers alle relevante variabelen, behalve de onafhankelijke - de patiënt zelf- constant gehouden worden, zodat alles wat in de loop van het experiment gebeurt ook kan worden toegeschreven aan die ene overblijvende factor: de patiënt die uiting geeft aan zijn eigen psychische conflicten. Let wel, het gaat hier om de argumentatie waarmee psychoanalytische bevindingen herleid worden op belevingen van de patiënt door eliminatie van alle andere invloeden. Die argumentatie is analoog aan de redenering op grond van natuurwetenschappelijke experimenten en vereist een analoge, constant gehouden en geïsoleerde setting: een sociale nul-situatie. Dat wil in het geheel niet zeggen dat wat voorvalt tussen het analytisch tweetal in natuurwetenschappelijke termen te vatten is; alleen de herleiding op de patiënt is analoog.

Deze benadering vereist ook de eliminatie van alle directe en indirecte contacten tussen analyticus en analysant buiten het analyse-uur. Ook vroeger plachten artsen een zekere reserve in acht te nemen in de omgang met patiënten, hun familieleden en kennissen en stelden zij zieh strenge eisen van discretie, vooral in alles wat venerische ziekten of gynaecologische aandoeningen betrof: 'Die stille Brust des Arztes ist oft ein Grab, in das man Abgeschiedenes versenkt.' Daarom: '*Verschwiegenheit* ist eine der ersten Pflichten des Arztes.'[100]

Freud schrijft apodictisch: 'Mit den Neurotikern schliessen wir also den Vertrag: volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion.'[101]

Voor het medisch publiek waartoe de *Ratschläge* gericht waren gold in elk geval de discretie als vanzelfsprekend, maar ook het tegenstuk, de openhartigheid, was zelfs onder leken al zozeer gemeengoed dat de herbergiersdochter Katharina haar bekentenis op een Alpentop tegen Freud begon met de woorden:[102] 'Einem Doktor darf man ja alles sagen.' Toch moest Freud vroeg in zijn loopbaan leren dat zelfs de naaste familieleden buitengesloten moeten blijven, hoe verhelderend sommige inlichtingen ook zouden kunnen werken. Zo doet hij gewetensvol verslag van een voorval aan het eind van de behandeling van Elisabeth von R., nadat hij met haar moeder een verliefdheid van patiënte had besproken. Freud vermeldt hoe de moeder hem later over haar dochter vertelde:[103] 'sie sei aufgebracht gegen mich [Freud], weil ich ihr Geheimnis verletzt habe, zeige sich vollkommen unzugänglich, die Kur sei gründlich misslungen.'

Maar Freud bleef toch vertrouwen op een goede uitkomst van zijn inspanningen.

Er bestaat geen medische traditie van beperkingen in de omgang met patiënten en hun verwanten die te vergelijken is met het erfgoed der discretie. Toch waarschuwen ook de vroeg negentiende-eeuwse handboeken de artsen om in het verkeer met hun vrouwelijke patiënten op hun hoede te zijn:[104] 'Schon das, was man blose Galanterie nennt, den Hof machen, das Handküssen u.s.w. kann den noch unverheuratheten Arzt in grosse Verlegenheiten bringen. Das Frauenzimmer, noch mehr aber die Mutter, hält dies alles für ernsthafte, auf Heurath abzielende Liebeserklärungen, und, wenn diese hernach nicht erfolgen, entsteht gewöhnlich Hass und schadenbringende Verfolgung... Bey verheuratheten Frauenzimmer aber, wo die allgemeine Mode es

nicht mit sich bringt, oder dekt, entstehet Verdacht anderer Art...'

En bijna een halve eeuw later waarschuwt Liehrsch: 'Im Umgang mit *Damen* muss der Arzt besonders vorsichtig sein... Viele sehen in dem Arzt beständig einen Courmacher, oder wünschen es wenigstens.'[105] Blijkbaar werd het fenomeen der overdrachtsliefde in brede kring reeds lange tijd onderkend, zelfs in de veel minder frequente en minder intieme contacten tussen gewone artsen en hun vrouwelijke patiënten.[106] Maar dit affect, dat Breuer nog uit het huis van Anna O. gejaagd had, bleef onbegrepen. Het was een geniale vondst van Freud om dit gênante onderwerp van afgezaagde grappen aan te grijpen als het therapeutisch instrument bij uitstek. Maar dat vereiste de invoering van enkele strikte gedragsregels die Freud op eigen gelegenheid en door schade en schande moest ontdekken.

In de *Studien über Hysterie* treft de lezer Freud nog in tamelijk vrij sociaal verkeer met zijn patiënten.[107] Hij logeert in het buitenhuis van Frau Emmy von N.[108] en hij gaat - zij het dan heimelijk - naar een bal waar hij Elisabeth von R. ziet voorbijwervelen in een levendige dans.[109] Uiteraard moest Freud zelf van de vermijdingsregel uitgezonderd blijven, aanvankelijk als enige psychoanalyticus, jarenlang als analyticus van alle andere analytici.[110] Stone speculeert dat Freud in de sociale contacten met zijn patiënten ook reeds op de tast zocht naar een oplossing voor het probleem van de afbouw van de overdracht, bijvoorbeeld wanneer hij een patiënt thuis te eten vroeg in de eindfase van de analyse.[111]

Hoe het ook zij, Freud waarschuwt reeds in 1900 in de *Traumdeutung* voor de verwikkelingen die zich kunnen voordoen bij de behandeling van patiënten uit de eigen kennissenkring[112] en hij is hierover zeer stellig in de *Ratschläge*.[113]

'Besondere Schwierigkeiten ergeben sich, wenn zwischen dem Arzte und dem in die Analyse eintretenden Patienten oder deren Familien freundschaftliche oder gesellschaftliche Beziehungen bestanden haben. Der Psychoanalytiker, von dem verlangt wird, dass er die Ehefrau oder das Kind eines Freundes in Behandlung nehme, darf sich darauf vorbereiten, dass ihn das Unternehmen, wie immer es ausgehe, die Freundschaft kosten wird. Er muss doch das Opfer bringen, wenn er nicht einen vertrauenswürdigen Vertreter stellen kann.'

Maar niet alleen 'frühere Bekanntschaft', ook 'lange Vorbesprechungen' kunnen leiden tot een schadelijke, want voortijdig gegroei-

de ‘Übertragungseinstellung’, die moet worden blootgelegd voor het eigenlijke werk kan beginnen.[114]

Freud adviseerde zijn patiënten ook buitenstaanders zo weinig mogelijk over de behandeling te verteilen: ‘Es kommt natürlich nicht in Betracht, wenn infolge dieser Reservation einige der schönste Heilerfolge ihre Wirkung auf die Mitwelt verfehlen.’[115]

Kennis over de analyse opgedaan buiten de eigenlijke behandeling beschouwt Freud als onschadelijk en overbodig,[116] voorafgaande lectuur over de analyse als nutteloos (behalve voor opgenomen patiënten).[117] Tegen de tijd dat Freud de *Ratschläge* schreef had hij ook de gewoonte opgegeven om voor zijn patiënten uitvoerige uiteenzettingen te houden over de psychoanalytische theorie:[118] ‘ich verlange, dass sie an der eigenen Person lernen sollen...,’[119] dat wil zeggen, binnen de psychoanalytische setting zelf.

De overgang naar de praktijk aan huis en de invoering van het spreekuur in de loop van de negentiende eeuw vormen aspecten van een rationaliseringsproces in het medisch beroep, een rationalisering die ook onmiddellijk ingreep op de verhoudingen van artsen met hun patiënten. Freuds ontwerp van de psychoanalytische setting was in velerlei opzicht een voortzetting en consequente uitwerking van deze gerationaliseerde omgangspatronen tussen een deskundig geneesheer en diens cliënten. De strikte regeling van betaling en tijden, de afscherming van de interactie tegen andere contacten door discretie en wederzijdse vermijding van kennissen en verwanten en van alle ontmoetingen buiten de eigenlijke setting moesten alle bijdragen tot verdere zuivering van een omgangspatroon dat zich ontwikkelde in de beroepspraktijk van *fin de siècle* artsen. Voor Freud vormde deze rationalisering van de setting waarin hij werkte niet zo maar een persoonlijke versie van eigentijdse beroepsgebruiken: die setting was essentieel, zowel voor zijn werktechniek als voor zijn theorievorming: die volledig gerationaliseerde setting bood hem de gelegenheid om zijn tweevoudig publiek, de patiënt èn het wetenschappelijk forum, te confronteren met het feit dat de uitingen van die patiënt niet konden worden afgedaan als artefacten van een toevallige situatie, of als effecten van therapeutische manipulatie, maar dat ze integendeel slechts te verklaren waren op grond van de eigen psychische conflicten van de patiënt. Het was een behandelingstechnische noodzaak om voor de patiënt aan te tonen en een methodologisch vereiste om

het wetenschappelijk publiek te overtuigen dat de psychoanalytische setting een sociale nul-situatie was die op zichzelf bij niemand de verwachting zou oproepen dat patiënten zich zouden gedragen zoals Freud het had waargenomen, geïnterpreteerd en geboekstaafd. Daarom, aldus de fundamentele structuur van de redenering, moest dat gedrag begrepen worden uit vroegere ervaringen van de patiënt zelf.

Terwille van de handhaving van zijn behandelingstechniek en van de voltooiing van zijn theoretische bewijsvoering moest Freud aan het gedrag van de acteurs in deze setting, de analyticus en de analysant, twee regels opleggen, de regel van vrije associatie en de abstinentieregel. Als ooit nieuwe menselijke omgangsvormen zijn uitgevonden dan vormen deze complementaire grondregels zo een uitvinding; ze lijken bijna geheel zonder voorlopers. De eerste staat bekend als 'de psychoanalytische grondregel':[120]

Freud verplichtte zijn patiënten alle invallen en gedachten die rond een bepaald thema bij hen opkwamen ook uit te spreken en hij hield ze voor: 'der Erfolg der Psychoanalyse hänge davon ab, dass er alles beachtet und mitteilt, was ihm durch den Sinn geht, und nicht etwa sich verleiten lässt, den einen Einfall zu unterdrücken, weil er ihm unwichtig oder nicht zum Thema gehörig erscheint. Er müsse sich völlig unparteiisch gegen seine Einfälle verhalten...'

Tot op de dag van vandaag is de vrije associatie sine qua non van de psychoanalyse. 'Eigenlijk reageert iedereen op het uitspreken van de grondregel alsof hij hem al kende,' merkt Michel Fain op.[121] Ergens, ooit, moet toch de gelegenheid bestaan om alles vrijuit te kunnen zeggen en de grondregel behelst nu precies de uitnodiging daartoe. In de praktische toepassing van deze fundamentele regel is weinig veranderd, al zouden sommige formuleringen van Freud nu door andere bewoordingen zijn te vervangen. In het begin gold zijn eerste belangstelling immers de verdrongen inhoud meer dan de afweermechanismen waarmee deze verdringing volbracht en volgehouden werd: 'dass man ohne Kritik alles mitteilen solle, was einem in den Sinn kommt.'[122] Dit is een formule die tot het misverstand zou kunnen leiden dat allerlei aarzelingen, tegenwerpingen, verontschuldigingen uitgesloten waren, die nu juist later in het brandpunt van de belangstelling van de psychoanalytische therapie kwamen.

Ten tweede gebruikt Freud termen als 'belofte' ('verpflichtet', 'versprochen') die de suggestie wekken van morele categorieën, terwijl

het te doen is om technische hulpmiddelen.[123] Of, om een eerder citaat nog eens aan, te halen: ‘der Erfolg der Psychoanalyse hänge davon ab...’, los van alle ethische waardering.

In de derde plaats is kritiek op de formulering uitgeoefend omdat een gevoel van dissociatie tussen de spreker en datgene waarover gesproken wordt ermee versterkt kan worden: tussen ‘man’ en ‘was einem in den Sinn kommt.’[124] Ongeacht de geldigheid van deze kritiek op de theoreticus Freud, als clinicus weet hij er geheel aan te ontsnappen: ‘And now,’ begon hij de behandeling van Wortis, ‘you can start and say what you like.’[125]

Het tweede voorschrift, de abstinentie-regel, is moeilijker te omschrijven en heeft ook meer controverses opgeroepen:[126] ‘Die Kur muss in der Abstiness durchgeführt werden... ich will den Grundsatz aufstellen, dass man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei der Kranken bestehen lassen und sich hüten muss dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen.’

Op het eerste gezicht lijkt de regel beperkingen op te leggen aan de patiënt. Freud geeft heel duidelijk aan dat hij niet bedoelt dat een patiënt in het dagelijks leven seksuele bevrediging moet blijven ontberen.[127] Wel toont hij zich bezorgd over de mogelijkheid dat patiënten die in de behandeling voor hun Verlangens geen bevrediging vinden ze erbuiten zullen uitleven met allerlei schadelijke gevolgen die niet zo eenvoudig ongedaan gemaakt kunnen worden:[128] ‘Vor der Schädigung durch die Ausführung seiner Impulse behütet man den Kranken am besten, wenn man ihn dazu verpflichtet, während der Dauer der Kur keine lebenswichtigen Entscheidungen zu treffen, etwa keinen Beruf, kein definitives Liebesobjekt zu wählen, sondern für alle diese Absichten den Zeitpunkt der Genesung abzuwarten.’

Dergelijke toezeggingen worden tegenwoordig niet dikwijls meer van patiënten gevraagd, misschien omdat levensbeslissingen, zoals huwelijk en beroepskeuze minder definitief geworden zijn, maar zeker ook om technische redenen:[129] ‘in fact it might well have quite harmful effects, because it means the introduction of a certain measure, a prohibition, which may provoke the patient to act out and which brings with it the danger of our missing a valuable interpretation.’

Deze redenering van Van der Sterren loopt parallel aan zijn bespreking van al te openhartige ontboezemingen door patiënten aan

derden (zie noot 115) en vormt een verdere zuivering van de psychoanalytische setting door de eliminatie van ‘a certain measure, a prohibition’. Deze eliminatie vindt haar rechtvaardiging in analytischtechnische argumenten, namelijk dat een duiding te verkiezen is boven elke andere interventie. Het blijft nodig dat de patiënt zijn angsten en Verlangens onder woorden brengt en niet in daden omzet binnen de analytische setting. De arts ‘richtet sich auf einen beständigen Kampf mit dem Patienten ein, um alle Impulse auf psychischem Gebiete zurückzuhalten, welche dieser aufs Motorische lenken möchte...’[130] Deze beperking aan de patiënt om zijn angsten en Verlangens intens te ondergaan en ze te uiten zonder nochtans door lichamelijke beweging er iets aan te doen, is de onthouding die hem is opgelegd. En misschien kan een analysant sommige strevingen pas dan onder woorden brengen, als hij ontdekt heeft dat hij ze kan verwoorden zonder dat hij ze daarmee ook in feite (of magisch) verwezenlijkt en zonder dat hem iets wordt aangedaan enkel omdat hij ze verwoord heeft. Deze geleidelijke ontdekking is wezenlijk onderdeel van het psychoanalytisch proces.

Bij nadere beschouwing blijkt dat de abstinentie-regel in de eerste plaats de analyticus beperkingen oplegt. De *Ratschläge* gewijd aan ‘Bemerkungen über die Übertragungsliebe’ bevatten een uitvoerige opsomming van al hetgeen een therapeut achterwege dient te laten:[131] hij mag niet metterdaad Verlangens van zijn patiënt vervullen, en mag zulke wensen ook niet verbieden, afwijzen of vergoelijken met verwijzing naar een of ander stelsel van ethische of juridische regels die immers vreemd zijn aan de psychoanalytische setting. Ook behoort hij dergelijke uitingen niet aan te moedigen of tegen te gaan onder verwijzing naar zijn eigen voorkeuren. En, misschien de meest subtiele passage in Freuds uiteenzetting, de therapeut mag deze verlangens evenmin afdoen door hun echtheid of authenticiteit te ontkennen. De therapeut heeft zich tot één enkele bezigheid te bepalen: het duiden van de uitingen van zijn patiënt binnen de context van het autobiografisch materiaal dat de patiënt tot dan toe heeft aangedragen; bij deze interpretatie kan de analyticus gebruik maken van al die transformatieregels die te zamen de psychoanalytische techniek vormen. En nogmaals, deze beperkingen worden de therapeut niet opgelegd om morele redenen, maar omdat de behandelingstechniek het vereist: ‘Ich bin diesmal in der glücklichen Lage, das moralische Ok-

troi ohne Veränderung des Ergebnisses durch Rücksichten der analytischen Technik zu ersetzen.'[132]

In hun onderlinge samenhang omschrijven deze grondregels een nieuwe manier waarop mensen zich tot elkaar kunnen verhouden en met de strevingen van één hunner kunnen omgaan. 'Der Weg des Analytikers ist ein anderer, ein solcher, für den das reale Leben kein Vorbild liefert.'[133]

In theorie, althans, is een volmaakte sociale nul-situatie bereikt, een volledig gerationaliseerde verhouding waarin alleen navenant zakelijk, misschien vriendelijk en beleefd, optreden van de patiënt jegens de analyticus te verwachten is.[134]

'Wir glauben ja, uns von allen bei der Kur in Betracht kommende Triebkräften Rechenschaft gegeben zu haben, die Situation zwischen uns und dem Patienten voll rationalisiert zu haben, so dass sie sich übersehen lässt wie ein Rechenexempel, und dann scheint sich doch etwas einzuschleichen, was in dieser Rechnung nicht in Anschlag gebracht worden ist.'

Met dit 'etwas' zinspeelt Freud op de overdracht. Deze gevoelsmatige gehechtheid schijnt zozeer verbonden met de persoon van de analyticus en met de bijzondere omstandigheden van de behandeling, dat alle pogingen in het werk gesteld moeten worden om de patiënt ervan te overtuigen en het wetenschappelijk publiek te bewijzen dat deze aanhankelijkheden daardoor niet teweeg gebracht kunnen zijn en dat ze daarom een dwangmatige herhaling moeten zijn van vroegere conflictueuze ervaringen in het leven van de patiënt:[135] 'Die neue Tatsache, welche wir also widerstrebend anerkennen, heissen wir die *Übertragung*. Wir meinen eine Übertragung von Gefühlen auf die Person des Arztes, weil wir nicht glauben, dass die Situation der Kur eine Entstehung solcher Gefühle rechtfertigen könne. Vielmehr vermuten wir, dass die ganze Gefühlsbereitschaft anderswoher stammt, in der Kranken vorbereitet war und bei der Gelegenheit der analytischen Behandlung auf die Person des Arztes übertragen wird.'

Er blijft natuurlijk sprake van een element van suggestie, voor zover de therapeut zichzelf beschikbaar stelt als onderwerp van de fantasieën en gevoelens van zijn patiënten, zonder die al dadelijk te corrigeren of tegen te spreken, zoals dat in de buitenwereld zou gebeuren.[136] Maar om dit teweeg te brengen is geen actieve ingreep nodig:[137] 'Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn an die Kur und an

die Person des Arztes zu attachieren. Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen.'

Samenvattend: In de psychoanalytische setting, volledig gerationaliseerd en te vergelijken met een rekenvoorbeeld, of, in de termen van dit artikel, met een sociale nul-situatie, ontstaan nochtans afwijkingen van de berekende koers en juist deze afwijkingen zijn de zinrijke uitdrukking van de psychische conflicten van de patiënt. Habermas raakt deze redenering in de kern:[138] 'Die gleichsam experimentelle Kontrolle der "Wiederholung" unter Bedingungen der analytischen Situation bietet dem Arzt gleichermassen eine Erkenntnis- wie eine Behandlungschance.'

De weloverwogen en constant gehouden opzet van de psychoanalytische setting en van het gedrag van de therapeut daarbinnen vormen een uitbreiding van het rationaliseringsproces - in sociologische zin - naar nieuwe gebieden van menselijk ervaren en handelen. De oorsprong van die setting kan herleid worden op ontwikkelingen binnen het medisch beroep dat immers zelf verder gerationaliseerd werd door de ontdekking en toepassing van nieuwe geneeswijzen en in de manieren van omgaan van artsen en patiënten. De ontdekking die Freud toevoegde aan deze zich ontwikkelende spreekuursetting, het complementaire paar van de regel der vrije associatie en de abstinentie-regel, ging in zijn consequenties de medische sfeer ver te buiten. De sociogenese van de psychoanalytische setting is ten dele gelegen in de bijzondere configuratie die artsen aan het eind van de negentiende eeuw met elkaar en met hun cliëntèle vormden. De medici zagen zich immers gedwongen om een reputatie op te bouwen die in toenemende mate gebaseerd werd op technische bekwaamheid in plaats van morele kwaliteiten; daarbij moest iedere arts wedijveren met elk ander, maar allen te zamen werden gesteund door het stijgend aanzien van de medische stand in zijn geheel. Deze recente toename van het beroepsprestige was vooral te danken aan wetenschappelijke vorderingen. Binnen deze constellatie verkreeg Freud zijn reputatie door oorspronkelijke ontdekkingen die ook hij alleen kon uitdragen en verdedigen met eerbiediging van de stelregels van de toenmalige wetenschappelijke methode. Hij deed dat door enerzijds een model van de psyche te construeren dat althans in beginsel reductie tot neurologische grootheden mogelijk moest maken, anderzijds richtte hij

de setting van zijn behandeling zo in dat hij zijn patiënten èn zijn wetenschappelijke collega's ervan kon overtuigen dat noch deze setting, noch het optreden van de therapeut op enigerlei wijze had bijgedragen tot zijn bevindingen, maar dat deze waarnemingen de zinrijke uitdrukking vormden van psychische conflicten van de patiënt. Daartoe transformeerde hij met behulp van de twee complementaire grondregels de onder medici juist in zwang rakende spreekuurpraktijk tot een sociale nul-situatie, die is op te vatten als zijn grootste sociologische ontdekking.

Eindnoten:

1 Het onderhavige artikel is een bewerking door de auteur van de oorspronkelijke Engelstalige versie die verscheen in *Human figurations; Essays in honour of Norbert Elias*. A.T.S., Amsterdam 1977. Dank is verschuldigd aan Cees Schmidt voor zijn goede zorgen bij het opsporen van aanvankelijk in het Engels aangehaalde passages in de Duitse uitgave van Freuds werken en bij alle andere muizenissen van de bewerking.
De Freud-citaten in deze versie zijn uit de *Gesammelte Werke*, Bände 1-17, London 1940-1952, Band 18, Frankfurt a.M., 1968, afgekort als G.W.; tevens is verwezen naar de *Standard Edition* (S.E.) en de *Studienausgabe* (St. A.).
De Ratschläge verschenen in vier afleveringen; de eerste onder de titel 'Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung' in het *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 11, 9, blz. 483, in 1912. De volgende onder de titel 'Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse' met als ondertitels respectievelijk: 'I. Zur Einleitung der Behandlung', 'II. Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten', 'III. Bemerkungen über die Übertragungsliebe' in het *Int. Z. ärztl. Psychoanal*., resp. 1 (1), 1913, blz. 1; 2 (6), 1914, blz. 485; 3 (1), 1915, blz. 1.

2 Voor zover de auteur bekend is, zijn de *Ratschläge* slechts eenmaal afzonderlijk herdrukt: in Philip Rieff (ed.),*Sigmund Freud, therapy and technique*. MacMillan/Collier, New York 1963. De uitgevers van de Studien ausgabe waren aanvankelijk van plan de *Ratschläge* niet op te nemen, maar publiceerden ze in de later toegevoegde *Ergänzungsband* (1975).

3 Recente overzichten van deze literatuur in Russell Jacoby, 'Negative Psychoanalyse und Marxismus; Überlegungen zu einer objektiven Theorie der Subjektivität'. In:*Psyche* 29 (11), november 1975; Robert A. Jones, 'Freud and American Sociology, 1909-1949'. In: *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 10 (1), januari 1974, blz. 21-39; Weston La Barre, 'Influence of Freud on American Anthropology'. In: *American Imago* 15 (3), herfst 1958, blz. 275-328; Walter Muensterberger en Aaron H. Esman, *The psychoanalytic study of society*. International Universities Press, New York 1972.

4 Bijvoorbeeld T.W. Adorno, e.a., *The authoritarian personality*. Harper and Row, New York, 1950; Talcott Parsons, verscheidene artikelen; zie voor een bibliografie Robert A. Jones, 1974; Fred Weinstein en Gerald Platt, *Psychoanalytic sociology; an essay on the interpretation of historical data and the phenomena of collective behavior*. Baltimore 1973.

5 Nobert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation; Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. 2 dln., Franke Verlag, Bern en München (1936), 1969, deel 1, blz. 324, noot 77.

6 Zie bijvoorbeeld Paul Roazen, *Freud, political and social thought*. Vintage, New York 1970.

7 Dit laat zich beter dan door literatuurverwijzingen staven met een opsomming van sleutelbegrippen als sociale psychiatrie, gezinstherapie, groepspsychotherapie, 'lower class' psychotherapie, netwerk-therapie, libo, therapeutische gemeenschap.

8 G. Devereux, *From anxiety to method in the behavioral sciences*. Mouton, Den Haag, Parijs 1967, doet een eerste poging tot psychoanalytisch begrip van sociologisch onderzoek.

9 Twee zeer indringende artikelen over de alomtegenwoordigheid van psychoanalytische ideeën in het hedendaagse culturele leven (in de Verenigde Staten): Peter L. Berger, 'Towards a Sociological Understanding of Psy choanalysis'. In: *Social Research* 32 (1), Lente 1965, blz.

26-41; Eric Heller, 'Psychoanalysis and Literature'. In: *Salmagundi* [A Quarterly of the Humanities and the Social Sciences: published by Skidmore College; 10th Anniversary Issue], herfst 1975-winter 1976, nr. 31-32, blz. 17-28.

10 Een vroege beschouwing, zij het nogal vertekend door vijandigheid: Kuno Mittenzwey, 'Zur Soziologie der Psychoanalytischen Erkenntnis'. In Max Scheler, ed., *Versuch zu einer Soziologie des Wissens*, München 1924, blz. 365-375. Zie verder: N.G. Hale Jr., *Freud and the Americans. The begin nings of psychoanalysis in the United States, 1876-1917*. Oxford U.P., New York 1971; John C. Burnham, *Psychoanalysis and American medicine: 1894-1918; Medicine, science and culture* (Psychological Issues v (4). International Universities Press, New York 1967; Serge Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public; étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris 1961.

11 Het meest diepgaande onderzoek op dit terrein is dat van Charles Kadushin, *Why people go to psychiatrists*. Atherton, New York 1969.

12 Er is tot nog toe geen omvattende verhandeling over het ontstaan van het psychoanalytisch of psychotherapeutisch beroep versehenen, er bestaan wel enkele sociologische monografieën, zoals hel hoofdstuk over psychoanalytici in New Haven, in August B. Hollinghead en Frederick C. Redlich,*Social class and mental illness: a community study*. Wiley, New York 1958; A. Strauss, L. Schatzman, e.a., *Psychiatric ideologies and institutions*. Free Press, New York 1964; Arnold A. Rogow, *The psychiatrists*. Putnam, New York 1970; Chr. Brinkgreve, J. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Het Spectrum/Aula, Utrecht, Antwerpen 1979.

13 Vergelijk Vincent Brome, *Freud and his early cercle*. Heinemann, London 1967; Paul Roazen, *Brother animal; the story of Freud and Tausk*. Penguin, Harmondsworth 1973; de literatuur is overvloedig, maar voor het merendeel gewijd aan de intellectuele biografie van Freud en aan de ideeëngeschiedenis van de periode van opkomst van de psychoanalyse. Interessant materiaal over Freuds verhouding tot zijn tijdgenoten is onder andere te vinden in Ola Andersson, *Studies in the prehistory of psychoanalysis*. Norstedts, Stockholm 1962; Henry F. Ellenberger, *The discovery of the un conscious; the history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books, New York 1970. Zie ook E. Jones (1958) en de verschillende uitgaven van Freuds correspondentie die hieronder nog worden aangehaald.

14 Er is verbazend weinig geschreven over de geschiedenis van de psychoanalytische beweging. Vergelijk S. Freud, 'Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung'. In: *Jahrbuch für Psychoanalyse* 6, blz. 207; G.W. 10, blz. 43; S.E. 14, blz. 1; F. Baumeyer, 'Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland'. In: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 17 (1971), blz. 203; E. Glover, 'Psychoanalysis in England', en A.P. Millet, 'Psychoanalysis in the United States' in (F. Alexander, S. Eisenstein, M. Grotjahn eds.) *Psychoanalytic pioneers*. Basic Books, New York, London 1966, blz. 519-533, respectievelijk 534-596. Zie ook: J. Spanjaard, *Inval* 1, 1969 over de geschiedenis van de Nederlandse beweging.

15 Silas Weir-Mitchell, 1829-1914, Amerikaans neuroloog, dichter en schrijver, introduceerde in zijn *Fat and blood* (1872) 'a form of treatment which consists in absolute rest of body and mind, administration of highly nutritious and easily digestible food in large quantities, and massage to take the place of muscular exercise'. (William R.R. Thomson, *Black's medical dictionary*, 29th ed. Black, London 1971). Verscheidene methoden van elektrotherapie waren in gebruik; faradisatie bestond uit het aanwenden van laagfrequente wisselstroom op lichaamsdelen ten prooi aan hysterische verlamming. Galvanisatie was een gelijksoortige toepassing van gelijkstroom. *Oosthoek's Encyclopedie*. Oosthoek, Utrecht 1968-1973.

16 Freud maakt gewag van hete baden, massages tweemaal daags en hypnotische suggestie gedurende enkele dagen in de behandeling van Emmy von N. (1888 of 1889), vergelijk S.E. 1, blz. 52. In de ziektegeschiedenis van Frau Cäcilie (omstreeks 1892) is sprake van de 'gebruikelijke behandeling' met elektrische borsteis, alkali-houdend water en purgeermiddelen, vergelijk S.E., 1, biz. 176.

17 Vergelijk L. Chertok en R. de Saussure, Naissance du psychoanalyse, de Messmer à Freud. Payot, Paris 1973.

18 Dit was in het bijzonder een probleem met elektriseermachines, totdat in het midden van deze eeuw nieuwe, minder omvangrijke, gemakkelijker te vervoeren machines ontwikkeld werden. Vergelijk *Eerste Nederlandse Systematisch Ingerichte Encyclopédie*. Wetenschappelijke Uitgeverij, Amsterdam 1946-1960. De transistor loste het probleem op tegen de tijd dat de behandeling in onbruik raakte.

19 Ingrid Vieler, *Die Deutsche Arztpraxis im 19. Jahrhundert*. Inaugural Dissertation Gutenberg U. Mainz 1958, blz. 4.
20 Aangehaald door Vieler, *ibid*.
21 Aangehaald door Vieler, *op. cit.*, blz. 12.
22 Het woord 'nicht' moet waarschijnlijk weggelaten worden.
23 Edith Heischkel-Artelt, 'Die Welt des praktischen Arztes im 19. Jahrhundert'. In: W. Artelt und W. Rüegg (hrsg.). *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des ig. Jahrhunderts*. Enke, Frankfurt a.M., Stuttgart 1967, blz. 10.
24 Vergelijk S. en S.C. Bernfeld, 'Freud's First Year in Practice, 1886-1887'. In: Bulletin of the Menninger Clinic 16 (2), maart 1952, blz. 37; E. Jones, *op cit.*, 1, blz. 157.
25 Erik H. Erikson, 'Freud's "The Origins of Psychoanalysis"'. In: *Int. Journal of Psycho-analysis* 36 (1), 1955, blz. 4.
26 Het strijdpunt betreft hier de vraag of Freuds meningen daar met evenveel vijandigheid ontvangen werden als hij later in zijn autobiografie ('Selbstdarstellung') vermeldde; vergelijk S. en S.C. Bernfeld; Ellenberger, blz. 437-442; Jones (1958), 1, blz. 251-255; K. Sablik, 'Sigmund Freud und die Gesellschaft der Ärzte in Wien'. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 80 (6), Februar 1968, blz. 107-110.
27 'in a district near the new university, which since the sixties had become one of the most fashionable residential areas of the city. The house was dignified, the rooms were large and beautiful'. S. en S.C. Bernfeld, blz. 38.
28 Jones (1958), *op. cit.*, 1, blz. 167; 1, blz. 424.
29 André Breton, *Les pas perdus* ('Interview du Professeur Freud', omstreeks 1929?). Gallimard, Paris (nlle. éd. rev. corr.) 1969, blz. 99-100.
30 Ellenberger, *op. cit.*, blz. 465.
31 Hanns Sachs. *Freud, master and friend*, Harvard U.P., Cambridge (Mass.) 1945, blz. 51. Dit is alweer een geschilpunt. Ellenberger streeft naar een sociologische benadering: 'Freud could also be understood if seen as a typical representative of the Viennese professional world of the end of the nineteenth century. It was not unusual in Vienna, an ethnic and social melting pot, that a gifted man from the lower middle class could climb the social ladder and reach, by middle life, a fairly high social and financial status, provided that he had gone to secondary school and a university.' Ellenberger, blz. 464; 'Freud lived, morally, socially, and professionally, according to the highest standards of a man of his time and status.', *ibid.*, blz. 463. Ernst Federn werpt tegen: 'Als Beweis für FREUDS Grossbürgertum stellt er [Ellenberger] der Berggasse in Wien als ein elegantes Bürgerviertel in der Nähe der kaiserliche Residenz dar und vergleicht dieses mit dem bescheidenen Wohnsitz ADLERS. . . Auf einem mit diesen Verhältnissen nicht vertrauten Leser macht natürlich eine so "genaue" Darstellung der sozialen Hintergründe einen grossen Eindruck - auf Kosten Freuds.' E. Federn, 'Einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten, eine Geschichte der Psychoanalyse zu schreiben'. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse (Beiträge zur Theorie und Praxis)* 7, Bern etc. 1974, blz. 16.
De wijk kan enigszins achteruit zijn gegaan in latere jaren, wat dan meteen de uiteenlopende getuigenissen zou verklaren: 'a simple Viennese residence on the first floor of an ordinary house, in an ordinary part of Vienna. There was a butchershop downstairs. The entrance was dilapidated, like most entrances in Vienna during that period.' (1934). Joseph Wortis, *Fragments of an analysis with Freud.* Simon and Schuster, New York 1954, blz. 27.
32 Vergelijk 'The Memoirs of the Wolf-Man' (Serge Pankejeff), in Muriel Gardiner (ed.), *The Wolf-Man and Sigmund Freud*. Penguin, Harmondsworth, 1973; Jones (1958), I, blz. 361, II, blz. 424-5; Sachs, blz. 51.
33 E. Jones, *op. cit.*, I, blz. 156.
34 Sigmund Freud, *Brautbriefe; Briefe an Martha Bernays aus den Jahren 1882-1886*, (Ernst L. Freud, hrg.). Fischer, Frankfurt a.M. 1968; blz. 134-135 (de brief van 6 mei 1886).
35 J.-M. Charcot, *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystem insbesonders über Hysterie*. Toeplitz en Deuticke, Leipzig und Vienna 1886; Freuds voorwoord in S.E. 1, blz. 17.
36 H. Bernheim, *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. Deuticke, Leipzig und Vienna 1888; Freuds voorwoord in S.E. 1, blz. 73-87.
37 Chertok en de Saussure, *op. cit.*, blz. 188-192; E. Jones (1958), *op. cit.*, I, blz. 261, blz. 2.
38 Jones (1958), I, blz. 268.
39 'Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den "Gegenwillen"', (1892-3), G.W. 1, blz. 1, S.E. 1, blz. 115.

40 G.W. 1, blz. 163, S.E. 2, blz. 106. En dan is er natuurlijk ook het consult met Katharina op de bergtop (*Studien über Hysterie*).
41 G.W. 1, blz. 239, S.E. 2, blz. 171.
42 Zelfs vaker dan eenmaal daags met Frau Cäcilie, wier zittingen in de 'mehrere hunderte' liepen. G.W. 1, blz. 247, S.E. 2, blz. 178.
43 G.W. 1, blz. 220, S.E. 2, blz. 155. Freud ontmoette blijkbaar vaak familieleden of bezoek bij de patiënten thuis; (Emmy von N.): 'ihre Scheu z.B. etwas über sich mitzuteilen, war so gross, dass keiner von den täglichen Besuchern ihres Hauses, wie ich 1891 mit Erstaunen merkte, sie als krank oder mich als Arzt kannte.' G.W. 1, blz. 159, S.E. 2, blz. 102.
44 *The Wolf-Man and Sigmund Freud, op. cit.*, blz. 155.
45 In een brief aan Fliess van 4 februari 1888: 'Die, wie Sie wissen, nicht sehr ansehnliche Praxis hat in letzter Zeit durch Charcots Namen einige Bereicherung erfahren. Der Wagen kostet viel und das Besuchen und Ein- und Ausreden, worin meine Beschäftigung besteht, raubt die schönste Zeit für die Arbeit.' S. Freud, *Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Briefe an Wilhelm Fliess, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902*. Imago, London 1950, blz. 63. De 'Wagen' was een rijtuig dat voor huisbezoek gehuurd werd.
46 Een mijmering van de chirurgijn Stromeyer in 1792, aangehaald door Vieler, *op. cit.*, blz. 11.
47 'Ich habe mich ferner daran gewöhnt, die Anwendung der kathartischen Psychotherapie mit einer Liegekur zu verbinden, die nach Bedürfnis zur vollen *Weir-Mitschell*schen Mastkur ausgestaltet wird.' *Studienüber Hysterie*, G.W. 1, blz. 266, S.E. 2, blz. 267, St. A., Ergb. blz. 61. Eenvoudige rustkuren werden blijkbaar ook veel later nog voorgeschreven. Vergelijk *The Wolf-Man, op. cit.*, noot 32, alhier.
48 In een brief aan Fliess van 28 december 1887: 'Ich selbst habe mich in den letzten Wochen auf die Hypnose geworfen und allerlei kleine aber merkwürdige Erfolge erzielt.' *Aus den Anfängen, op. cit.* blz. 61. Vergelijk E. Jones (1958), I, blz. 258.
49 Waarschijnlijk voor het eerst bij Emmy von N. in 1889: '... dass es der erste Fall war, in dem ich das kathartische Verfahren in ausgiebigem Masse anwendete.' (*Studienüber Hysterie*), G.W. 1, blz. 162 n.l., S.E. 2, blz. 105 n.
50 G.W. 1, blz. 166, S.E. 2, blz. 109.
51 G.W. 1, blz. 168-169, S.E. 2, blz. 110-111.
52 Noot van de redacteur in S.E. 2, blz. 110 (niet in G.W.).
53 *Ibidem; Die Traumdeutung* (1900), G.W. 3, blz. 106, S.E. 4, blz. 101, St. A. 2, blz. 121 (zie ook de redactionele noot aldaar in S.E. en St. A.).
54 'Die Freudsche psychoanalytische Methode' (1904), G.W. 5, blz. 4-5, S.E. 7, blz. 249, St. A. Erg. b. blz. 102. In 'Weitere Ratschläge... I. Zur Einleitung, der Behandlung' (1913) G.W. 8, blz. 467, S.E. 12, blz. 134, St. A. Erg. b., blz. 193-4 brengt Freud de liggende positie ter sprake als 'ein gewisses Zeremoniell', en een 'Rest der hypnotischen Behandlung' die ook de therapeut convenieert omdat hij zo niet steeds wordt aangestaard. Zijn voornaamste motief is echter zeer relevant voor de argumentatie in deze beschouwing: 'die unmerkliche Vermengung der Übertragung mit den Einfällen des Patienten zu verhüten, die Übertragung zu isolieren... ' Zie ook Jones (1958), *op cit.*, II, blz. 265.
55 G.W. 8, blz. 464, S.E. 12, blz. 131, St. A. Erg. b. blz., 191.
56 *Ibidem.*
57 *Ibidem.*
58 Chertok en de Saussure, *op. cit.*, blz. 65, noot
59 D.W.G. Plouquet, *Der Arzt: oder über die Ausbildung, die Studien. Pflichten und Sitten, und die Klugheit des Arztes*. Tübingen, 1797.
De medische gewoonten in de tijd van Freud en daarvóór worden gere- construeerd uit aanwijzingen die gevonden zijn in verscheidene handleidingen voor de medische praktijk van die tijd, dit in navolging van het baanbrekende werk van N. Elias, die handboeken voor de hofetiquette gebruikte in zijn Studie over het civiliseringsproces. Zijn argument voor hun geschiktheid is, enigszins gewijzigd, ook in deze context van kracht: 'Diese "Tischzuchten" sind ebensowenig, wie die nicht-anonymen Manierenschriften des Mittelalters individuelle Produkte im modernen Sinne des Wortes, Niederschriften persönlicher Einfälle von Einzelnen innerhalb einer reichlich individualisierten Gesellschaft. Was da schriftlich auf uns gekommen ist, sind Fragmente einer grossen, mündlichen Tradition, Spiegelbilder dessen, was tatsächlich in dieser Gesellschaft Brauch war, und gerade deswegen bedeutsam, weil es nicht dat Grosse, Aussergewöhnliche, sondern das Typische einer Gesellschaft weiterträgt.' N. Elias (1936), I, blz. 77. Hoewel de in dit artikel aangehaalde medische handboeken zeker het Stempel van hun

schrijver droegen, probeerden de auteurs toch over te brengen wat in hun beroepskringen ‘goed gebruik’ was of hoorde tot ‘de goede manieren’.

60 Plouquet, op. cit.

61 Bernhard Liehrsch, *(Bilder des ärztlichen Lebens oder) Die wahre Lebenspolitik des Arztes für alle Verhältnisse*. Berlin 1842, blz. 186.

62 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 187-8.

63 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 189.

64 *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933), G.W. 15, blz. 107, S.E. 22, blz. 100, St. A. 1, blz. 534.

65 ‘Heuristische’, of ‘zoekschema's’, W.F. van Leeuwen, ‘'Aard en gebruik van psychoanalytische hypothesen.’ In: *Inval 1/2*, 1971, blz. 259-276; vergelijk ook van dezelfde auteur, ‘Het psychoanalytisch minimum’ in (H.P. Cassee, P.E. Boeke, J.T. Barendregt, ed.), *Klinische Psychologie in Nederland*, deel I, Van Loghum, Deventer 1973, blz. 56-79.

66 Norbert Elias, ‘Sociology and Psychiatry’, in (S. Foulkes en G. Stewart Prince, eds.), *Psychiatry in a changing society*. Tavistock, London 1969, blz. 121. Nederlandse vertaling in id., *Sociologie en geschiedenis*. Van Gennep, Amsterdam. 1970, blz. 128.

67 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 186.

68 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 188.

69 William Hooker, *Physician and Patient; or a practical view of the mutual duties, relations and interests of the medical profession and the community*, (E. Bentley, ed.). London 1850, blz. 289.

70 Zo zal iemand angsten voor de beschadiging van zijn genitaliën, die hij in een vroeg stadium opdoet, op latere leeftijd op een gelijksoortige manier beleven als het gaat om zijn aanzien en status in de verhouding met de mensen om hem heen. Waar hij vreest ‘gekleineerd’ te worden en op één lijn gesteld te worden met mensen van een lagere rangorde, ziet hij ervan af aan te dringen op prompte en billijke betaling, en houdt er tegelijkertijd fantasieën op na over zijn morele grootheid. Jeanne Lampl-de Groot heeft gewezen op het belang van dergelijke fantasieën in de klinische configuratie van het masochisme: ‘The patient feels himself to be a *unique, exalted person, an exception, superior to his fellow men, a martyr*... his original ideas of being powerful and grand having been deformed into those of being pitiful and grand - grand in martyrdom.’ J. Lampl-de Groot, *The development of the mind, psychoanalytic papers on clinical and theoretical problems*. International Universities Press, New York 1965, blz. 354.

71 Het kan nauwelijks voldoende benadrukt worden dat deze redenering *niet* impliceert dat negentiende-eeuwse dokters morele masochisten waren in de klinisch-psychologische zin van het woord. Zij maakten deel uit van een sociale configuratie die voor hen bepaalde tegenstrijdigheden inhield tussen statushandhaving en betaling. Binnen het beroep was een doeltreffende manier om deze tegenstrijdigheden met elkaar te verzoenen de beschreven moreel-masochistische manoeuvre. Hoe elk van hen de vele andere tegenstrijdigheden in zijn leven oploste, is een geheel andere vraag, en het antwoord op die vraag zou een klinisch-psychologische karakterisering van elk van hen noodzakelijk maken.

72 Aangehaald door Vieler, *op. cit.*, blz. 13.

73 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 74.

74 Sheldon Wolin, *Politics and vision; continuity and innovation in western political thought*, Little, Brown en Co, Boston etc. 1960, blz. 346, waar het onderwerp Utilitarianisme, geweten en conformisme aan het eind van de achttiende eeuw ter sprake komt.

75 Norbert Elias, *Die höfische Gesellschaft; Untersuchungen zur Soziologie des Königtums und der höfischen Aristokratie mit einer Einleitung: Soziologie und Geschichtswissenschaft*. Luchterhand, Neuwied und Berlin 1969, blz. 140.

76 *Idem*, blz. 141; cursief in het origineel.

77 Zie bijvoorbeeld, Erich Wulff, ‘Der Arzt und das Geld; Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung’. In: *Das Argument 6g*, 13. Jrg., Heft 11/12, december 1971, blz. 955.

78 E. Jones, *op. cit.*, I, blz. 157-166, beschrijft Freuds financiële moeilijkheden ten tijde van zijn huwelijk; Freuds brieven aan Martha Bernays (vergelijk *Brautbriefe, op. cit.*) en aan Fliess, (vergelijk *Aus den Anfängen, op. cit.*) geven een levendig beeld van zijn geldzorgen.

79 In hoeverre het antisemitisme in Oostenrijk Freuds loopbaan belemmerde, is voorwerp van controverse geworden. Gicklhorn en Gicklhorn hebben geprobeerd aan te tonen dat Freud op geen enkele wijze gediscrimineerd werd bij zijn benoeming tot professor.

Josef und Renee Gicklhorn, *Sigmund Freuds akademischen Laufbahn im Lichte der Dokumente*. Urban, Wien-Innsbruck 1960. Deze Studie is scherp aangevallen door K.R. Eissler, *Sigmund Freud und die Wiener Universität; über die Pseudowissenschaftlichkeit der jüngsten Freud-Biographik*. H. Huber, Bern und Stuttgart 1966.

80 E. Jones, *op. cit.*, I, blz. 156.

81 Vergelijk bijvoorbeeld 'Ein Fall von hypnotischer Heilung...' (1892-3), G.W. 1, blz. 5, S.E. 1, blz. 118; *Studien über Hysterie*, G.W. 1, blz. 163, 196, S.E. 2, blz. 106, 135; Brautbriefe, *op. cit.*, blz. 134.

82 E. Jones, *op. cit.*, I, blz. 157 (Jones geeft geen bron aan).

83 Uit een brief van 6 mei 1886, aan Martha Bernays, *Brautbriefe, op. cit.*, blz. 134. Een openhartige uiteenzetting van zijn vooruitzichten in een brief aan Martha van 10 februari 1886. Zie ook het sombere verslag over zijn toestand in de brief aan Fliess van 29 augustus 1888, en over de - aanmerkelijk verbeterde - stand van zaken in de brief aan Fliess van 8 december 1895, *Aus den Anfängen, op. cit.*, blz. 66-67 en blz. 147.

84 'Weitere Ratschläge I. Zur Einleitung der Behandlung' (1913), G.W. 8, blz. 464-465, S.E. 12, blz. 131-132, St. A. Erg. b. 6, blz. 291.

85 *Ibidem.*

86 *Ibidem.*

87 *Ibidem;* in Nederland en in andere landen bestaan wettelijke regelingen voor de vergoeding van alle of het merendeel van de kosten van psychotherapie; er is echter weinig bekend over de uitwerking van dergelijke betalingsregelingen met een institutionele derde partij op het therapeutische proces. Vergelijk James L. Nash and Jesse O. Cavenar, 'Free Psychotherapy: An Inquiry into resistance' In: *American Journal of Psychiatry* 133 (9), September 1976, blz. 1066-1069, en in die uitgave ook de artikelen van Kopolow en Cohen, en van Pasternak en Preiger; zie ook A.T. Meyerson en G. Epstein, 'The Psychoanalytic Treatment Center as a Transference Object'. In: *Ps. An. Quarterly* 45 (2), 1976, blz. 274-287.

88 Weitere Ratschläge, *ibidem.*

89 *The Wolf-Man and Sigmund Freud, op. cit.*, blz. 160, noot 2.

90 Sigmund Freud, *Briefe 1873-1939*, (Ernst en Lucie Freud hrsg.). Fischer. Frankfurt a.M. 1960, 2 erw. aufl. 1968, blz. 246; de brief van 7 januari 1898.

91 *Ibidem.*

92 *Ibidem.*

93 *Idem*, G.W. 8, blz. 459, S.E. 12, blz. 127, St. A. Erg. b., blz. 187.

94 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 132.

95 *Idem*, G.W. 8, blz. 458, S.E. 12, blz. 126, St. A. Erg. b. blz. 188. Freud maakte uitzonderingen, bijvoorbeeld bij Ferenczi, die na drie weken analyse met Freud, in oktober 1914, de behandeling pas weer in juni I916 hervatte, 'for three weeks and was analysed for two hours a day'. Maar dit was, uiteraard, in oorlogstijd. Jones, (1958), II, blz. 195, 213.

96 *Idem*, 'Weitere Ratschläge I'. G.W. 8, blz. 462, S.E. 12, blz. 126, St. A. Erg. b., blz. 188.

97 *Idem*, G.W. 8, blz. 461-463, S.E. 12, blz. 129-130, St. A. Erg. b., blz. 189.

98 Freuds dienstmeisje, geciteerd door Joseph Wortis, *Fragments of an analysis with Freud*, Simon and Schuster, New York 1954, blz. 8.

99 Hanns Sachs, *Freud, master and friend*. Harvard U.P., Cambridge 1945, blz. 89. Vergelijk Ellenberger, *op. cit.*, blz. 463; F. Witteis, *Sigmund Freud, Der Mann, die Lehre, die Schule*. Tal, Leipzig etc. 1924, blz. 35.

100 Liehrsch, *op. cit.*, blz. 97, 96.

101 *Abriss der Psychoanalyse*(1940), G.W. 17, blz. 99, S.E. 32, blz. 174, St. A. Erg. b., blz. 412.

102 *Studien über Hysterie*(1895), G.W. 1, blz. 187, S.E. 2, blz. 127.

103 *Idem*, G.W. 1, blz. 226, S.E. blz. 2, 160. Dit voorval en andere van dezelfde aard, kunnen de opkomst van de gezinstherapie ernstig hebben belemmerd. 'Was die Behandlung der "Angehörigen" betrifft, so gestehe ich meine völlige Ratlosigkeit ein und setze auf deren individuelle Behandlung überhaupt wenig Zutrauen.' Ratschläge (1912) G.W. 8, blz. 327, S.E. 12, blz. 120, St. A. Erg. b., blz. 180.

104 Ploucquet (1797), *op. cit.*, blz. 80.

105 Liehrsch (1842), *op. cit.*, blz. 99.

106 Dit gold in nog heviger mate bij de clënten van hypnotiseurs, vergelijk Chertok en de Saussure, *op. cit.*

107 Jones, *op. cit.*, II, blz. 255.

108 G.W. 1, blz. 162, S.E. 2, blz. 105, noot 1.

109 G.W. 1, blz. 226, S.E. 2, blz. 160.
110 Jones noemt veel van deze onvermijdelijke uitzonderingen op de regel, en Roazen voegt er nog enkele aan toe, waaronder Anna Freuds analyse bij haar vader, *op. cit.*, blz. 194, noot 8.
111 Stone, *op. cit.*, blz. 122.
112 G.W. 2/3, blz. 111, S.E. 4, blz. 106, St. A. 3, blz. 126.
113 'Weitere Ratschläge I. Zur Einleitung der Behandlung'. G.W. 8, blz. 457, S.E. 12, blz. 125, St. A. Erg. b., blz. 185.
114 *Ibidem.*
115 *Idem*, G.W. 8, blz. 470, S.E. 12, blz. 137, St. A. Erg. b., blz. 196. H.A. van der Sterren, 'Zur Psychoanalytischen Technik', In: *Jahrbuch der Psychoanalyse* 3, Köln und Opladen 1964, blz. 166, merkt op dat gesprekken over de analyse met anderen niet verboden moeten worden, maar dat na analyse van de tegenoverdracht (bijvoorbeeld jaloezie jegens de derde partij) der gelijke conversaties geïnterpreteerd moeten worden binnen de context van de overdracht (bijvoorbeeld als pogingen om jaloezie op te wekken bij de analyticus).
116 *Idem*, G.W. 8, blz. 458, S.E. 12, blz. 126, St. A. Erg. b., blz. 186.
117 'Ratschläge' G.W. 8, blz. 387, S.E. 12, blz. 120, St. A. Erg. b., blz. 180.
118 Jones, *op. cit.*, 11, blz. 258.
119 *Ibidem.*
120 *Die Traumdeutung*(1900), G.W. 2/3, blz. 105-106, S.E. 4, blz. 100-101, St. A. 2, blz. 121.
121 Michel Fain, 'De Grondregel' In: *Inval* I (1), herfst 1968, blz. 24; zie ook: C. Th. van Schaik, 'Over het Initiële Interview', In: *Inval I* (1), herfst 1968, blz. 15.
122 'Zur Dynamik der Übertragung' (1912), G.W. 8, blz. 373, S.E. 12, blz. 107, St. A. Erg. b., blz. 167.
123 Stone, *op. cit.*, blz. 33.
124 Roy Schäfer, *A new language for psychoanalysis*. Yale University Press, New Haven en Londen 1976, blz. 149.
125 Meegedeeld door Joseph Wortis, *Fragments of an analysis with Freud*. Simon and Schuster, New York 1954.
126 'Weitere Ratschläge... III. über die Übertragungsliebe' (1915) G.W. 10, blz. 313, S.E. 12, blz. 165, St. A. Erg. b., blz. 224.
In dit hoofdstuk Staat 'patiente' in het vrouwelijk.
127 'Wege der psychoanalytischen Therapie' (1919) G.W. 12, blz. 187, S.E. 17, blz. 162. St. A. Erg. b., blz. 244.
128 'Weitere Ratschläge... II. Errinern, Wiederholen und Durcharbeiten' (1914), G.W. 10, blz. 133, S.E. 12, blz. 153, St. A, Erg. b., blz. 213.
129 H.A. van der Sterren, 'Life Decisions during Analysis', In: *International Journal of Psychoanalysis* 47 (2-3), 1966, blz. 297.
130 G.W. 10, blz. 133, S.E. 12, blz. 153, St. A. Erg. b., blz. 213.
131 G.W. 10, blz. 398 e.V., S.E. 12, blz. 1.
131 G.W. 10, blz. 308-317, S.E. 12, blz. 160-168, St. A. Erg. b., b1z. 220-228.
132 G.W. 10, blz. 312, S.E. 12, blz. 164, St. A. Erg. b., blz. 223.
133 G.W. 10, blz. 314, S.E. 12, blz. 166, St. A. Erg. b., blz. 225.
134 *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1916-1917), G.W. 11, blz. 455, S.E. 16, blz. 438, St. A. 1, blz. 422.
135 *Idem*, G.W. 11, blz. 459, S.E. 16, blz. 442, St. A. 1, blz. 425.
136 *Idem*, G.W. 11, blz. 471, S.E. 16, blz. 453, St. A. 1, 435.
137 'Weitere Ratschläge... I, Zur Einleitung der Behandlung' (1913), G.W. 8, blz. 473, S.E. 12, blz. 139, St. A. Erg. b., blz. 199.
138 Jürgen Habermas, *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp Frankfurt a.M. 1968, 1973, blz. 284.

4 Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding[1]

> '*Erst mit den Spannungen zwischen den Menschen, mit den Widersprüchen im Aufbau des Menschengeflechts können sich die Spannungen und Widersprüche in den Menschen mildern*'. - Norbert Elias.[2]

Mensen maken moeilijkheden met elkaar en met zichzelf. Dat is al lang zo en het zal ieders tijd wel uitduren. Dat zij die moeilijkheden maken, kunnen maken en niet niet kunnen maken, dat is een wezenskenmerk, gegeven met de constitutie van de menselijke soort.

Maar die moeilijkheden veranderen ook, met de veranderingen in de verhoudingen waarin mensen tot elkaar staan. Zulke moeilijkheden van mensen met elkaar en met zichzelf zijn voor velerlei uitleg vatbaar: binnen een gegeven samenleving kunnen sommige moeilijkheden gelden als onvermijdelijk en andere als te verhelpen, sommige als kleinigheden en andere als onverdraaglijk. Sommige worden opgevat als noodlot, als resultaat van erfelijke aanleg of van eigen schuld, als aanstellerij, of als bestraffing, loutering of teken van uitverkiezing.

1. *Van moeilijkheden tot problemen*

In deze eeuw gelden sommige van die moeilijkheden als 'psychische Problemen': ze worden verwoord en dus ook beleefd in termen die ontleend zijn aan een beroepskring in wording, die van de psychiaters, psychologen en Psychotherapeuten. Begrippen en houdingen die in die professionaliserende kringen ontwikkeld zijn, worden overgenomen door leken die aan de hand daarvan hun weerkerende moeilijkheden met zichzelf en anderen ordenen, begrijpen, beleven en verwoorden als 'psychische problemen', als problemen dus die te behandelen zijn, en wel door beroepsmensen, Psychotherapeuten bijvoorbeeld.

Zo een ontwikkeling, waarin leken de grondhoudingen en basisbegrippen uit een beroepskring gaan hanteren bij de indeling van

moeilijkheden in hun dagelijks leven heb ik ‘proto-professionalisering’ genoemd in een dezer dagen verschenen tweedelige studie over de Sociologie van de Psychotherapie: *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* (met Chr. Brinkgreve en J. Onland) en *Het spreekuur als opgave* (met R. van Gelderen en V.W. Kense).[3]

Mensen maken moeilijkheden met elkaar en met zichzelf. Daar hebben zij geen hulpverleners voor nodig. Maar Psychotherapeuten leren hen daar psychische problemen van te maken, geschikt voor behandeling door die deskundigen.[4]

Daarover gaan die twee juist verschenen deeltjes. Maar hier wil ik verder gaan en de vraag bespreken: Wat is er veranderd in de samenleving, in de verhoudingen waarin mensen met elkaar - en tegen elkaar - samenleven, waardoor zich moeilijkheden zijn gaan voordoen die zich zo laten vertalen als psychische problemen?

Dat is een klassieke sociologische vraag: naar de samenhang tussen grote maatschappelijke verandering en de intieme omgangskring en belevingswereld van de mensen die met elkaar die grote ontwikkelingen meemaken.

Het is ook een vraag die door de klassieke auteurs in uiteenlopende richting beantwoord is.

In de conservatieve traditie, en bij de sociologen als Durkheim, ligt de nadruk op het wegvallen van bindingen waaraan mensen houvast kunnen hebben en op een daardoor toenemende desoriëntatie, ‘anomie’.[5]

‘Depuis un siècle, en effet, le progrès économique a principalement consisté à affranchir les relations industrielles de toute réglementation... Tant que le producteur ne pouvait écouler ses produits que dans le voisinage immédiat, la modicité du gain possible ne pouvait pas surexciter beaucoup l'ambition. Mais maintenant qu'il peut presque prétendre à avoir pour client le monde entier, comment, devant ces perspectives sans bornes, les passions accepteraient-elles encore qu'on les bornât comme autrefois?’

‘Voilà d'ou vient l'effervescence qui règne dans cette partie de la société, mais qui, de là, s'est étendue au reste.’

‘C'est que l'état de crise et d'anomie y est constant et, pour ainsi dire, normal... On a soif des choses nouvelles, de jouissances ignorées, de sensations innommées, mais qui perdent toute leur saveur dès qu'elles sont connues.’

Met de economische vooruitgang zijn de industriële verhoudingen van alle regeling bevrijd, de afzetmogelijkheden hebben zich over de hele wereld uitgebreid en zo is de winzucht en daarmee de hartstocht teugelloos geraakt, de crisis, de anomie is de gewone toestand geworden.

In de radicale en romantische traditie ligt het accent juist op de toenemende beperking die in de samenleving de mensen krijgen opgelegd. Bij Marx al is het verval van traditionele, feodale, banden tussen mensen scherp geformuleerd:[5a] 'Die Bourgeoisie, wo sie zu Herrschaft gekommen ist, hat alle feudalen, patriarchalischen, idyllischen Verhältnisse zerstört. Sie hat die buntscheckigen Feudalbande, die den Menschen an seinen natürlichen Vorgesetzen knüpften, unbarmherzig zerrissen und kein anderes Band zwischen Mensch und Mensch übergelassen als das nackte Interesse, als die gefühllose "bare Zahlung".'

Maar in die vernietiging vormt zich een nieuwe orde, een onderdrukking waarvan bij Durkheim in dit verband geen sprake is.

'Die moderne Industrie hat die kleine Werkstube des patriarchalischen Meisters in die grosse Fabrik des industriellen Kapitalisten verwandelt. Arbeitermassen, in der Fabrik zusammengedrängt, werden soldatisch organisiert.'

Deze dubbelbeweging, zowel van maatschappelijke organisatie en rationalisatie als van inperking en onderdrukking van de strevingen van afzonderlijke mensen, vormt een leitmotiv in het oeuvre van Max Weber, door Giddens aldus verwoord:[6] 'But the very rationalisation of social life which has made this possible has consequences which contravene some of the most distinctive values of western civilisation, such as those which emphasise the importance of individual creativity and autonomy of action. The rationalisation of modern life, especially as manifest in organisational form in bureaucracy, brings into being the "cage" within which men are increasingly confined.'

In deze traditie laat zich ook Freud's cultuurkritiek het beste situeren:[7] 'endlich, und das scheint das Wichtigste, ist es unmöglich zu übersehen, in welchem Ausmass die Kultur auf Triebverzicht aufgebaut ist, wie sehr sie gerade die Nichtbefriedigung (Unterdrückung, Verdrängung oder sonst etwas?) von mächtigen Trieben zu Voraussetzung hat.'

De cultuur is bij uitstek gebouwd op het opgeven, onderdrukken

en onbevredigd laten van driften. En hier ook vindt Norbert Elias de aanknopingspunten voor zijn theorie van de civilisatie als een ontwikkeling van staatsvorming en geweldbeheersing tussen mensen en van gewetensvorming en affectregeling door die mensen.[8] Mijn betoog is te lezen als een bijdrage aan de discussie die rond dat werk ontstaan is en waarvan hieronder nog sprake zal zijn.

Een derde traditie is te onderscheiden, minder uitgewerkt in gedocumenteerde beschouwingen dan de vorige, maar minstens zo invloedrijk in de politieke discussie en alledaagse meningsvorming; een in oorsprong liberale gedachtenlijn. In die zienswijze heeft de opkomst van de industriële, ondernemingsgewijze produktie de mensen bevrijd van zorg om het dagelijks brood en de opbouw van een democratische rechtsstaat ze verlost van de angst voor geweld en willekeur. De moeilijkheden die zich nu toch tussen mensen voordoen zijn pas mogelijk, althans zichtbaar geworden, nu die besognes het doen en denken van mensen niet langer geheel beheersen. Ongeveer zoals degeneratieve ziekten als hartkwalen en kanker zich pas manifesteren als mensen niet tevoren al bezwijken aan epidemische besmettingen.[9] Menselijke onvrede, gezinsmoeilijkheden en onbehagen in het werk zijn in die visie restverschijnselen, die weliswaar niet worden weggenomen door toegenomen bestaans- en rechtszekerheid, maar evenmin door de recente maatschappelijke ontwikkeling zijn ontstaan of versterkt. Deze opvatting is impliciet in slogans die bij gegeven 'welvaart' nu het 'welzijn' van mensen aan de orde stellen, of die de 'kwaliteit van het bestaan' ter sprake brengen nu de kwantiteit van verbruik en bezit voldoende schijnt.

'Materiële welvaart is voorwaarde voor welzijn, een mogelijkheid, een noodzakelijk begin, maar niet meer. . . . De mensen blijken niet gelukkig ondanks welvaart. Zoals het streven naar vrijheid, als het meest urgente en nog altijd meest fundamentele, het *sociale ongeluk* bedekte, zo bedekte het streven naar sociale en materiële gelijkheid het tekort aan welzijn, het *menselijk ongeluk*. Zoals er *sociale nood* bleef bestaan ondanks vrijheid en gelijkheid, zo blijkt er *welzijnsnood* te blijven bestaan ondanks welvaart.'

Het is de verdienste van Weijel,[10] aan wie deze passage ontleend is, dat hij deze diffuse ideeën knap geformuleerd heeft en daardoor vatbaar heeft gemaakt voor kritiek. Ook zijn gevolgtrekking uit de voorgaande constatering is vermeldenswaard, omdat die in zijn bon-

digheid goed weergeeft waartegen zoveel actuele polemiek over de verzorgingsmaatschappij zich richt: 'Welzijnsnood dient wetenschappelijk benaderd te worden, zoals ziekte en armoede wetenschappelijk doeltreffend bestreden zijn. Wij dienen *welzijnstechnieken* te ontwikkelen, waarbij wij kunnen voortbouwen op wat bij de mens- en gedragswetenschap nu al bekend is doch niet wordt toegepast, althans niet voor de grote massa.'[11]

Van kritiek hierop zal hier aan het slot nog sprake zijn.

Liever dan zo dadelijk, al te dadelijk, een beoordeling van maatschappelijke ontwikkelingen te koppelen aan de beschrijving ervan, wil ik een uitvoerig voorbeeld bespreken, een suggestief bedoeld exempel, de negentiende-eeuwse uitgaansbeperkingen voor vrouwen uit burgerlijke kring en de daaropvolgende verschijning van de agorafobie.

2. *Uitgaansbeperkingen in de negentiende eeuw*

De verschuiving die uit deze illustratie blijken zal, wil ik bespreken als exemplarisch voor veranderingen in het samenleven die zich in de afgelopen honderd jaar voltrokken hebben en die vooral blijken in de wijzigingen in omgangs- en uitingsvormen tussen mensen.

Met het op gang komen van de industrialisering maakten vele Europese steden een snel groeiproces door:[12] werkloze dagloners, vaak van huis verdreven door gebrek aan werk en levensonderhoud, trokken naar de stad, zoals dat nu nog gebeurt in Azië, Latijns-Amerika en Afrika. Deze toeloop schiep voor de kleine burgerij, ook klein in aantal, nieuwe kansen en moeilijkheden: er kwamen nieuwe mogelijkheden van afzet en emplooi voor ambachtslieden en winkeliers, kantoorklerken en beambten. Maar het bleek ook moeilijk om de eigen middenstand op te houden, om de fysieke en sociale afstand te bewaren tot het nieuw aangekomen landvolk. Lyn H. Lofland schrijft:[13] 'Lacking the means to insulate themselves from the "common people", the petit bourgeois were subject to continual harassment whenever they ventured outside their homes.'

De aristocraten en patriciërs konden beschikken over lijfwachten en knechts, verplaatsten zich te paard of per rijtuig en konden zo het ruw gedrang op straat en plein mijden, maar de kleine luyden waren voor hun zaken aangewezen op het druk gedoe op markten en in win-

kels. Het was soms ondoenlijk voor een kleine burgerman om zich de bedelaars, baantjesjagers en straatschenners van het lijf te houden. En vooral vrouwen uit de kleine bourgeoisie hadden het van de nieuwe havelozen te verduren. De Romeins, (Jan en Annie), vermelden hoe in de eerste helft van de negentiende eeuw de burgervrouwen allengs uit het straatbeeld verdwenen:[14] 'nooit is de vrouw huiselijker geweest en nooit meer vereerd'.

Het ging van meet af aan om het handhaven van fysieke én sociale afstand, om lijfelijke bescherming én maatschappelijke eerbiedwaardigheid. Lofland zegt van deze 'petit bourgeois':[15] 'Not only could they not afford a phalanx of servants to protect them in their necessary travels about the city; they were doubly hampered by having no traditional or legal supports for the deference they undoubtedly felt they deserved.'

Burgervrouwen kregen allerlei uitgaansbeperkingen opgelegd en hidden zich daar ook aan om aanraking met de lage volksklassen te vermijden, maar ook terwille van haar eerbaarheid en dat wil weer zeggen, ter accentuering van het standsverschil tussen haar goede familie en het ruwe werkvolk.[16]

Over die uitgaansbeperkingen, die toch het leven van de burgervrouwen en joffers van de vorige eeuw zo ingrijpend hebben ingesnoerd, is weinig bekend. Ze waren te vanzelfsprekend of te onbelangrijk voor de tijdgenoten om uitvoerige bespreking of discussie uit te lokken.[17] Die regels zijn vooral voor het nageslacht bewaard door de memoires van en de romans over vrouwen die ertegen rebelleerden, zoals Aletta Jacobs:[18] 'Geen vrouw van onverdachte reputatie had in dat tijdsbestek zich in de Kalverstraat durven begeven. Zij wist immers van tevoren dat zij zich bloot stelde aan onhebbelijkheden, dat haar gedrag gecritiseerd zou worden, zoo goed aan de bittertafel der heeren als op de naaikransjes van hare seksegenooten. Moet ik nog zeggen, dat ik mij van den aanvang af aan dezen usance niet heb gestoord? Dat ik mij het recht voorbehield op elk uur van den dag en zoo noodig op elk uur van den nacht, door de Kalverstraat te loopen.'

Van de striktheid en de spreiding van deze beperkingen is weinig te achterhalen. Het moet van plaats tot plaats verschild hebben, naar leeftijd, stand en gehuwde staat en ook gedurig in verandering geweest zijn.

De etiquette-boeken - een genre dat rond het midden van de negentiende eeuw weer in opkomst was - geven enig idee, (L. Stratenus):[19] ‘Een ander struikelblok is de vraag of uwe dochters alleen op straat mogen komen. Er zijn steden, zooals Brussel, waar men daaromtrent zoo streng is, dat eene vrouw onder de dertig jaar zelfs geen twaalftal huizen verder dan hare eigene woning onvergezeld een bezoek mag afleggen.’

En:[20] ‘men zal mij al zeer streng vinden, vrees ik, doch ik zou, zelfs buiten, mijne dochters niet alleen laten wandelen, tenzij in de onmiddellijke nabijheid van het huis en dan nog alleen in een afgesloten tuin.’

Engelberts schrijft ongeveer terzelfdertijd, in 1895:[21] ‘Aan den arm des vaders, mag zich het jonge meisje overal vertoonen, maar niet alleen.’

In hoeverre de voorschriften in deze etiquette-boeken ook in die tijd geldende opvattingen weergeven is moeilijk vast te stellen. Het is aannemelijk dat ze bij verschijning al enigszins achterhaald zijn, strikter en behoudender dan wat in groot-burgerlijke, stedelijke kringen als richtlijn geldt. Ze lijken immers vooral bedoeld voor mensen die met deze omgangsvormen niet van jongsafaan zijn opgevoed en die zich daar nu toch aan willen houden om zo alle aanstoot te vermijden en hun maatschappelijke positie te beteren.

Het is deze wat behoudende en beduchte toon, en de implicatie dat omgangsvormen niet vanzelf nageleefd worden, maar moeizaam moeten worden opgezocht en aangeleerd, die ook nu nog etiquetteboeken iets lachwekkends geeft, als zou de serieuze lezer zich fijner willen voordoen dan hij van afkomst is.

Duidelijk is ook dat tegen het eind van de negentiende eeuw deze uitgaansbeperkingen al controversieel zijn en van plaats tot plaats uiteenlopen. Stratenus meent al dat men haar ‘streng’ zal vinden en suggereert dat de normen in Nederland ruimer zijn dan in Brussel. Het is, alweer, aannemelijk, dat in de periode dat deze normen het meest verbreid waren en het meest strikt, ze in geschrifte het minst aan de orde kwamen en dat die regels later, tegen het einde van de negentiende eeuw, toen minder duidelijk was waar vrouwen zich aan te houden hadden, ook vaker en uitvoeriger besproken werden.

Uit deze schaarse aanwijzingen en uit secundaire brennen[22] laat zich reconstrueren dat burgervrouwen in Nederlandse steden in de

loop van de negentiende eeuw, en waarschijnlijk tot omstreeks 1875 in toenemende mate, aan uitgaansbeperkingen onderhevig waren, die voor jonge vrouwen strikter waren dan voor oudere, voor ongehuwde strenger dan voor gehuwde.

Vooral plaatsen van vertier en de nabijheid van ruw volk moesten vermeden worden. In gezelschap van een oudere dame, een vader, broer of echtgenoot konden vrouwen zich vrijer bewegen.

De stedelijke straat, het stadsplein was in die periode een bedreigde ruimte geworden, van ruwheid, van geweldsdreiging en ook van erotische verleiding. Een fatsoenlijke vrouw had daar niets te maken. In de nieuwe produktieverhoudingen werden ambacht en nering mannenwerk en vond de vrouw haar taak binnen het gezin.[23] Vrouwen die zich op straat vertoonden waren 'dus' vrouwen die uit werken moesten, vrouwen wier man alléén niet in het gezinsonderhoud kon voorzien. Zij waren 'dus' geen fatsoenlijke vrouwen. Was dat eenmaal een uitgemaakte zaak, dan betekende het ook dat mannen zich op straat vrijpostigheden konden permitteren jegens vrouwen die daar wel verschenen, en dat een dame zich daarom al niet op straat vertonen kon zonder geleide: een zichzelf-vervullende voorspelling bij uitstek.

Daarvan getuigen de passages in de documenten uit iets later jaren waarin verteld wordt hoe een vrouw haar beklag doet bij een politieagent over de vrijpostigheden van een mannelijke voorbijganger en dan van de agent te horen krijgt dat ze daar op straat helemaal niets te maken heeft en zo een benadering dan ook verwachten kan.[24]

De uitgaansbeperkingen voor burgerdochters en voor burgervrouwen dienden dus ter markering van een standsverschil en kregen de betekenis van bescherming van de eerbaarheid van die vrouwen èn van haar gezinnen, moesten de economische en erotische gebondenheid van die burgervrouw aan haar man demonstreren.

In 1918 nog schrijft De Viroflay daarover:[25] '...en de gehuwde vrouw mag nooit vergeten, dat zij den naam van haar echtgenoot zoo goed als haar eigen op het spel zet, wanneer zij toegeeft aan onbezonnen caprices, waarin in den grond niets kwaads steekt, maar die "men" nu eenmaal veroordeelt'.

Een vrouw die zich onbegeleid in het openbaar vertoonde wekte daarmee twijfel aan de kredietwaardigheid én aan het seksuele monopolie van haar echtgenoot, aan zijn vermogen en aan zijn vermogens;

zij ondergroef het gezamenlijke echtelijke prestige. Man en vrouw waren samen gebonden in deze strijd tegen de buitenwereld om het ophouden van een precaire stand, ook al voerden zij onderling strijd om grotere bewegingsvrijheid en -beperking.

De economische aspecten van dit stand-ophouden door heel het huisgezin blijken onmiskenbaar, bijvoorbeeld bij Stratenus die het jonge meisje waarschuwt dat zij, als ze uitgaat:[26] 'niet een dier noodlottige genegenheden zal opvatten voor iemand, die nooit genoeg bezitten zal, om haar ook maar een nederig bestaan aan te bieden... Na verloop van één enkel jaar is de ellende hare woning binnen geslopen en heeft de armoede de Liefde gedood. Het jonge vrouwtje, dat zich van ochtend tot avond uit moet sloven in het verrichten van huiswerk, dat kindermeid moet worden, zal spoedig alle illusies verliezen...'

Deze bezorgdheid om de openbare orde en de openbare veiligheid en om het bewaren van de fysieke en sociale afstand tot de lagere volksklassen, was aanleiding tot bewegingsbeperkingen voor vrouwen, maar inspireerde in burgerkringen ook allerlei hervormingsbewegingen die de overlast van de mindere standen moesten beperken. Zo ontstonden genootschappen ter verheffing van de werkende standen, ter bestrijding van prostitutie, het ongehuwde moederschap, de straatschennerij en bedelarij, de drankzucht en al die andere ondeugden waarvan de burgerij hinder ondervindt en waarvan ze zich met moraal-prediking en overheidsinterventie tracht te ontdoen. De actuele ontsteltenis over de misdaad en verslaving onder recente immigranten kan ook begrepen worden als een episode in deze strijd van gevestigde en ingeburgerde stadsbewoners tegen de laatste lichting van pas aangekomen buitenstaanders.

Van belang is dat economische ontwikkelingen als industrialisatie en demografische gevolgen als de trek naar de stad gepaard gingen met een politieke strijd om de openbare orde én met een sociale pressie onder gevestigde burgers om zich de opdringende buitenstaanders van het lijf te houden - een standsverschil te markeren - èn met een gezinsstrijd om de bewegingsvrijheid van de vrouw èn met allerlei persoonlijke fantasieën over de straat als vrijplaats, als de plaats waar mensen elkaar geweld kunnen aandoen en seksuele toenadering kunnen zoeken: beangstigend en heimelijk verleidelijk.

In het laatste kwart van de vorige eeuw begon een kentering.

Straatverlichting en ordehandhaving, vermindering van het pauperisme en ruimere werkgelegenheid maakten de straten veiliger; vrouwen zochten werk buitenshuis, vooral in de ziekenverzorging en in de sociale hulpverlening die eerst mogelijk werden doordat goed opgeleide burgerdochters er hun talenten inbrachten.[27]

Dat eigen inkomen en dat eigen beroepsprestige maakten die werkende vrouwen ook minder afhankelijk van haar echtgenoten en daarmee verschoof ook de balans in de strijd tussen echtelieden. Het laat zich aanzien dat na 1890 de uitgaansbeperkingen voor vrouwen in hoog tempo verdwenen.

Al in 1897 schrijft Bruck-Auffenberg:[28] 'De jeugdige weduwe mag gerust overal alleen verschijnen of vergezeld van een harer vrienden, zonder steeds hare gezelschapsjuffrouw mede te moeten nemen.'

En ook elders in deze tekst ligt de nadruk op wat vrouwen nu wel is toegestaan. In de zesde, herziene, druk van 1909 schrijft Van de Mandele:[29] 'Het jonge meisje van heden heeft bijna evenveel vrijheid als een getrouwde vrouw.' En jonkvrouwe Rappard legt in de vierde druk van haar manierenboek in 1920 een direct verband met de toegenomen openbare veiligheid:[30] Tegenwoordig zijn in de steden in ons land de persoonlijke vrijheid en veiligheid vrijwel gewaarborgd... de bescherming tegen persoonlijke aanvallen vormt niet meer het hoofddoel der stedelijke politiedienaren.

Er is sprake van een overgangsfase waarin vrouwen zich groter bewegingsvrijheid toeëigenen, maar gesegregeerd: in damescoupés in treinen, in afgezonderde damescafés;[31] vrouwen kunnen zich dan vrijwel overal alleen op straat vertonen, maar dienen op sommige tijden bepaalde straten te mijden, waar dan de burgerheren en prostituées elkaar ontmoeten.[32] Ook nu nog bestaan er straten en pleinen waarvoor vrouwen gewaarschuwd worden, maar het accent ligt dan toch meer op de fysieke veiligheid dan op het fatsoen.[33]

Juist in de jaren dat in de Europese steden de uitgaansbeperkingen wegvallen, verschijnen in de psychiatrische literatuur de eerste gevalsbeschrijvingen van wat eerst 'Platzschwindel'[34] heet en dan 'agorafobie'.

Wat eerst verboden was - en dus ook niet als een individuele en daarmee problematische angst herkend kon worden - blijkt nu het eenmaal is toegestaan bij sommigen toch ondoenlijk uit een onberedeneerde angst: een vage vrees die verwoording vindt in psychiatri-

sche termen en die door psychiaters als probleem behandeld wordt.

3. *Uitgaansangst in de twintigste eeuw*

C. Westphal bedacht in 1872 de term ‘agorafobie’ en publiceerde de eerste samenhangende gevalsbeschrijvingen. (Hoewel Weiss melding maakt van overeenkomstige observaties door Leuret uit 1834.)[35]

Maar de gevallen waarvan Westphal verslag doet, betroffen - helaas voor de redenering - alle vier mannen!

Deze patiënten reproduceerden uit een voor hen onbegrijpelijke angst nauwkeurig de maatschappelijke taboe's die aan burgervrouwen waren opgelegd. Vrouwelijke patiënten volgden weldra en vormen nu de overgrote meerderheid van de huidige agorafobici.

De patiënten klaagden over een onvermogen om hun huis te verlaten, een stille of een donkere straat over te steken, een drukke concertzaal binnen te gaan - en alles vanwege een hevige, maar onbegrijpelijke angst, een ‘Angst vor der Angst’, zoals Westphal het knap formuleert; een angst die hen overweldigde, ook al bleven ze hem tegelijkertijd ongegrond vinden; het was dus geen waan. Maar in vertrouwd gezelschap bleven deze symptomen achterwege.

Wat nog maar kort geleden een teken van prijzenswaardige ingetogenheid geweest was, en wat dat elders nog steeds was, verloor geleidelijk aan steun en instemming van andere mensen, werd steeds meer opgevat als een individuele vreesachtigheid, een idiosyncratisch - persoonlijk en eigenaardig - onvermogen om net als alle andere mensen zich overal te kunnen bewegen.

De psychiaters die hierover publiceren beschrijven hun naspeuringen naar aandoeningen van de zintuigen, het zenuwstelsel of de hersenen. ‘Epileptoïde’ afwijkingen, zegt Westphal, maar hij concludeert toch tot ‘een geïsoleerde manifestatie - onder bepaalde uiterlijke omstandigheden - van een psychisch symptoom van een algemene neurose van onbekende aard’ (vert. AdS).[36]

Dr. Barthélémy Brun beschrijft in zijn verhandeling over ‘De agorafobie in verband met oorkwetsuren’ (‘lésions auriculaires’) uit 1894 een mademoiselle D., 37 jaar oud, te Madrid:[37] ‘Na een onaangename ervaring (“impression désagréable”) tijdens een wandeling, trad een plotselinge opleving van haar nerveuze symptomen en oorklachten in.’

En hij vervolgt met scherpe opmerkingszin: ‘Enige dagen later, op het moment dat zij de straat op wilde gaan en nog vóór de herinnering aan wat haar overkomen was haar te binnen schoot, voelde zij zich opeens onwel worden en iedere keer dat zij in Madrid de straat opkwam ondervond zij dezelfde symptomen... Deze “malaise” deed zich steeds op straat voor en ging gepaard met angstgevoel, hartkloppingen en angst voor de bewegingen van de menigte... de oorzaak van deze verscheidene verschijnselen bleek een anatomische kwetsuur van het oor.’

‘Na zes of acht zittingen kwam de patiënt, die in het begin gebracht en gehaald wenste te worden, alleen en zij verheugde zich voortaan in een vaste gang en een helder hoofd en in het uitblijven van zelfs maar de geringste angst’ (vert. AdS).

Kennelijk was het voor ongetrouwde dames in Madrid toen gebruikelijk om op bezoek - bijvoorbeeld op doktersbezoek - te gaan zonder geleide. Wat docteur Brun nog meer deed tijdens deze zittingen, behalve het inmasseren van ‘lotions emollientes’, is niet meer te achterhalen. Maar de oorheelkundige liet toch een spoor achter voor een psychologische interpretatie van de ‘malaise’: de ‘impression désagréable’ tijdens de wandeling die blijkbaar verder beter onbesproken kon blijven en die de plotselinge terugkeer van de verschijnselen teweeg gebracht had.

De beschrijving die Westphal gegeven heeft van de symptomatologie van de agorafobie is in grote lijnen onveranderd gehandhaafd tot in de huidige standaardwerken.

Het *Handbuch der Psychologie* meldt in 1977 dat bij 60 procent van alle fobici het klinische beeld wordt beheerst door: angst om uit huis te gaan, angst om op straat te komen, om winkels binnen te gaan, of om op drukke pleinen of plaatsen te komen.[38]

Uit recente onderzoeksresultaten blijkt dat vrouwen 60 tot 75 procent van deze agorafobici uitmaken.[39]

Deskundigen nemen aan dat het aantal gevallen van agorafobie toeneemt, maar bewijzen daarvan zijn moeilijk te leveren, omdat de cijfers beïnvloed worden door het feit dat er nu ook meer hulpverleners beschikbaar zijn: mensen gaan hun onbestemde angsten herkennen en ordenen naar het patroon van de agorafobie, zoals dat in beroepskringen omschreven wordt, en zij presenteren zich ook met dat klachtenbeeld, zoals A. Tuinier recentelijk nog eens heeft uiteen-

gezet.[40] Een voorbeeld van hetgeen hier eerder omschreven is als ‘proto-professionalisering.’

De ontwikkelingen in de begripsvorming rond de agorafobie zijn rechtstreeks relevant voor de kernkwesties in dit betoog, omdat ze telkens in de individuele symptomatiek een aspect naar voren halen dat in verband te brengen is met de negentiende-eeuwse maatschappelijke verboden en preoccupaties.

De psychoanalytische interpretatie is een uitwerking van Freuds sleutelzin uit 1925: Agorafobie ‘scheint Versuchungsangst zu sein’.[41] Of, nader omschreven: een angst voor de bestraffing en verminking die zou kunnen volgen op het toegeven aan lustvolle verlangens met onbekenden.[42] In dit eerste thema in de verklaring van de agorafobie weerklinkt de collectieve preoccupatie in negentiende-eeuwse burgerkringen met de straat als het toneel van bedreigende en verleidelijke ontmoetingen, preoccupatie die geleidelijk werd opgegeven, maar die bewaard bleef bij enkelingen als een geprivatiseerde en vaak verdrongen fantasie.

Maar ook het tweede negentiende-eeuwse thema duikt weer op: de afhankelijkheid van de vrouw van haar man als een vaderlijke beschermheer; Freud schrijft, ook in 1925: De agorafobielijder kan op straat komen, als hij maar - als een klein kind - vergezeld wordt door iemand die hem vertrouwd is.[43]

Het negentiende-eeuwse kindvrouwtje is verdwenen, maar de agorafobica weet toch anderen te dwingen om haar - als een kind - te beschermen en kan op die manier haar afhankelijkheid opdringen aan anderen die zich zo gedwongen zien om het familie-drama uit te spelen onder haar regie.

Zo kan de chaperon een ‘protected protector’ blijken - in de typering van Helen Deutsch uit 1929:[44] de beschermer wordt beschermd en staat onder toezicht als hij de agorafobica begeleidt waar zij ook gaat: en hijzelf blijkt soms niet te kunnen zonder de geruststelling van steeds te weten waar zij is.

In de psychoanalytische interpretatie gaat het vooral om de afhankelijkheidsstrijd in het vroege, ouderlijke gezin: de agorafobie is een vermomde herhaling van deze vroege conflicten in de intieme verhoudingen. [Zulke vastgehouden problemen met intieme anderen heten dan ‘psychisch’, terwijl problemen in actuele en minder intieme verhoudingen vaak ‘sociaal’ genoemd worden.][45]

Andere, hedendaagse auteurs leggen de nadruk op de actuele gezinsrelaties en interpreteren de agorafobie als een collusie - een geloochend samenspel - tussen echtgenoten om te voorkomen dat het huwelijk instort onder de onverdraaglijke angsten voor ontrouw en verlating: als nu maar een van de partijen een agorafobie op zich neemt, kunnen de angsten van de wederhelft gesust en verborgen blijven.

Al in 1872 maakt Westphal[46] gewag van een man die in paniek raakte als zijn vrouw het huis uit ging en die later een overweldigende angst ontwikkelde om zelf alleen de straat op te gaan. Bij Barendregt en Bleeker is een levendige beschrijving te vinden van het huwelijksconflict dat zich verborgen achter de agorafobische verhouding afspeelt: wanneer eenmaal de angsten van de vrouw door behandeling zijn opgelost en de vrouw werk wil gaan zoeken begint de man daar bezwaar tegen te maken en dan komen haar klachten terug. De echtgenoot ‘was nog steeds jaloers. Het belang van de man was en bleef, dat A. maar zoveel mogelijk thuisblijft; dat A. als een in een purdah levende hindoestaanse vrouw zich slechts onder begeleiding (en liefst de zijne) in de wellustige wereld begeeft’.[47]

En Fry signaleert dat de echtgenoot eerst de agorafobica aanmoedigt en er dan als terloops aan toevoegt dat ze vooral niet te ver moet gaan in haar eentje. Of, hij volgt zijn vrouw overal wanneer ze zich eenmaal wat vrijer durft te bewegen: ‘the symptoms function to keep the couple united.’[48]

Uit deze waarnemingen valt helemaal niet te concluderen dat de agorafobici van vandaag deze angsten hebben overgeërfd van hun betovergrootmoeders die toen niet gaan mochten waar zij nu niet heen durven. Maar wel kan gezegd zijn dat de negentiende-eeuwse samenleving omstandigheden opleverde waaronder burgergezinnen - uit zorg om de veiligheid en om het aanzien van hun vrouwvolk - die vrouwen allerlei uitgaansbeperkingen oplegden; en deze preoccupaties raakten weldra vermengd met een zorg om haar eerbiedwaardigheid, kuisheid en afhankelijkheid, en zo groeiden ze uit tot collectieve fantasieën over de openbare orde, over seksualiteit en geweld op straat en over het gezin als een ‘veilige haven in een harteloze wereld’, zoals Christopher Lasch het aanduidt.[49]

Deze fantasieën verdwenen als algemeen gespreksonderwerp, maar bleven toch beschikbaar als thema's die binnen de intieme echtelijke

relatie konden worden omgewerkt tot een specifieke agorafobische verhouding. Ongeveer zoals volksverhalen in vergetelheid kunnen raken en dan soms in een individuele bewerking weerkeren als een roman of gedicht.[50]

Nu de negentiende-eeuwse uitgaansbeperkingen voor burgervrouwen goeddeels verdwenen zijn, en nu haar afhankelijkheid van haar echtgenoot minder eenzijdig is geworden, worden diezelfde beperkingen in de agorafobische verhouding gereproduceerd met ontkenning van ieder motief, behalve een onverklaarbare angst.

4. *Van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding*

Ik kom nu terug op het grondthema van deze beschouwing, de vraag: wat is er veranderd in de verhoudingen tussen mensen, zodat de moeilijkheden die zij met elkaar hebben zich laten beleven en verwoorden als psychische problemen? In het voorbeeld van negentien-de-eeuwse uitgaansbeperkingen en agorafobie is er duidelijk sprake van een verruiming en zelfs van een wegvallen van gedragsbeperkingen. Maar er is in die periode meer aan de hand.

Het is een wijd verbreide opvatting dat in de laatste honderd jaar op vele, of zelfs op alle gebieden sprake is van een verruiming van omgangsvormen en gevoelsuitingen.

Dat is een problematische constatering; allereerst omdat de klassieke denkers van die periode, Marx, Weber, Freud en in hun voetspoor Norbert Elias, zoveel nadruk gelegd hebben op het steeds beperkender en onderdrukkender karakter van sociale normen en daaruit ook de moeilijkheden verklaard hebben die mensen ondervonden, hun vervreemding, hun neurose.

Daarmee ontstaat het theoretische probleem om het moderne ongeluk te begrijpen in een samenleving waarin omgangsvormen en gevoelsuitingen toch losser lijken te worden.

De kritische theoretici, als Adorno en Marcuse, en hun Amerikaanse opvolgers, zoals Sennett en Lasch, hebben daar een oplossing op gevonden: weliswaar lijken de emotionele en relationele verhoudingen losser geworden, maar dat is enkel schijn; mensen zijn zich jegens elkander op zo een manier gaan uiten dat ze zich des te beter laten inpassen en manipuleren door de moderne commerciële media en de eigentijdse verzorgingsbureaucratieën. Er is in feite slechts spra-

ke van een schijnvrijheid. En hier gebruiken alle genoemde auteurs psychoanalytische termen: die verruiming is in feite slechts een uiting van ‘repressieve desublimatie’ (Marcuse), van ‘regressie’ (Calogeras) of van ‘narcisme’ (Sennett, Lasch).[51]

Maar zulke kwalificaties zijn al problematisch in de spreekkamer van de analyticus, in de maatschappelijke discussie ontaarden ze al gauw in een algehele en moraliserende diskwalificatie van alle verruiming in omgang en gevoelsuiting. Daarover straks meer.

In een belangrijke discussie naar aanleiding van de civilisatietheorie van Norbert Elias heeft Cas Wouters de vraag gesteld: is het civilisatieproces van richting veranderd?[52] Laten de mensen zich nu meer gaan dan in vroeger tijden? Wouters' antwoord luidt aan de hand van Elias: mensen kunnen zich weliswaar soms meer laten gaan, maar ze doen dat toch op een beheerste manier, ze beheersen hun ontspanning, dat wil zeggen beheersen en ontspannen zich gelijkmatiger, met groter vanzelfsprekendheid en met meer consideratie van de gevolgen voor anderen en voor de eigen toekomst. Er is dus geen sprake van een terugval - al of niet vervat in psychoanalytisch jargon - maar van beheersing op een ander, een hoger niveau, van ‘zelfsturing’, of van ‘controlled decontrolling of emotional controls’.[53] Deze redenering biedt een goed aanknopingspunt, maar gaat voorbij aan de vraag op welke terreinen mensen zich - beheerst of niet, regressief of niet - meer laten gaan.

Wanneer er sprake is van een verruiming van omgangsvormen betreft het in de meeste gevallen de seksualiteit: anticonceptie, abortus, concubinaat, promiscuïteit, echtscheiding, homoseksualiteit, pornografie, masturbatie... Het is alles in sommige kringen aanvaardbaar geworden, bespreekbaar in ruime kring en voor de meesten althans denkbaar.

Maar dat wil niet zeggen dat deze verruiming van omgangsvormen zich ook uitstrekt tot andere levenssferen. Integendeel.

Hoewel de meeste mensen menen dat overal ter wereld het geweld hand over hand toeneemt, nemen de geregistreerde geweldsdelicten in Nederland sinds het begin van de eeuw steeds verder af.[54] Allerlei handtastelijkheid wordt juist minder aanvaardbaar; te denken valt aan ontgroeningspraktijken, kroeggevechten en andere mannelijke geweldsrituelen. De toegenomen tolerantie voor seksuele variaties heeft zich al helemaal niet uitgebreid tot verkrachting en flagellantis-

me.[55] Kennelijk wordt mensen een steeds strikter geweldsbeheersing opgelegd. Mensen, ook jonge, sterke, opvliegende mensen worden geprest om zich in te houden, hun handen thuis te houden. Hoewel in romans, op de televisie en in de bioscoop veelvuldig gevochten en gepijnigd wordt, gaan die taferelen vergezeld van een afkeurende strekking en van de bestraffing van al wie zich overgeeft aan lustvol geweld. (Deze gelijktijdige opwekking van lust en van de loochening ervan, deze hypocrisie dus, was tot voor kort kenmerk van seksuele pornografie en toont iets van de moeite die mensen hebben om onder de morele pressie van anderen en van eigen geweten af te zien van genoegens; de verstrengeling van schande en lust wordt tenslotte karakteristiek voor het genoegen zelf.[56])

Niet alleen hun aanvalslust trachten mensen in te tomen, ook andere aanvechtingen proberen zij te bedwingen. Al die neigingen om zich boven anderen te stellen worden nu sterker ingehouden: het honen van gebrekkige, lelijke of arme mensen, de kennelijke minachting voor minderen of minderheden, het zelfingenomen vertoon van grotere kennis of rijkdom, hogere afkomst of rang, de zucht om anderen te overtreffen. Ambitie, wedijver, eerzucht tellen steeds meer als ondeugden. Niet dat mensen niet langer zouden proberen zich boven anderen te verheffen, maar het wordt hun meer kwalijk genomen en ze proberen het ook beter te verbergen voor anderen en zelfs voor zichzelf. Mensen proberen nu vaker te doen alsof ze die verheffing zelf niet hebben nagestreefd, maar alsof die hun zomaar ten deel gevallen is. David Riesman heeft er al op gewezen hoe achter een samenwerkings-ethos onderlinge wedijver schuil kan gaan met als resultaat een ‘antagonistic cooperation’.[57]

Zelfs het besef dat zulke maatschappelijke verschillen in eigen en andermans gedachten een rol spelen wordt geloochend: mensen doen zich jegens donkerhuidigen voor als ‘kleurenblind’, veinzen aan geen standsverschil te denken, ontkennen statusverschillen tussen hulpverlener en cliënt maar zeggen ‘samen naar een oplossing te zoeken’, zijn niet langer leider maar ‘begeleider van een team’ en trachten op allerlei manieren een rangverschil te ontkennen dat juist in die hardnekkige ontkenning zich verraadt.[58]

Ook de zelfbeperkingen die samengaan met punctualiteit, betrouwbaarheid, discretie, reinheid, hygiëne, slanke lijn, precisie, accuratesse, oplettendheid en voorzichtigheid in het verkeer nemen veel-

eer toe en gaan voor steeds meer mensen strikter gelden, al is telkens een misstap of een versloddering in kleine kring aanleiding tot verontruste conversatie. De omgang met apparatuur, thuis en op het werk, en vooral het autoverkeer dwingen mensen tot grote nauwkeurigheid van beweging en tot gedurige aandacht en beheersing.

Verbazend is niet de verkeersonveiligheid, maar het in verhouding kleine aantal ongelukken en de myriaden geslaagde automobiele interacties waarbij één teenbeweging fataal had kunnen zijn. In deze eeuw hebben steeds meer mensen zich dat precies en dwingend levensritme moeten eigen maken, op de maat van de klok,[59] in de pas bij het gemechaniseerd en georganiseerd verkeer en werk. Voor elke adolescent die zich daar een paar jaar aan weet te onttrekken, zijn er duizenden die zich telkenjare daaraan hebben aan te passen.

Terugkerend tot de seksuele levenssfeer zijn nu enkele conclusies te trekken. De verruiming van omgangsvormen en uitingswijzen geldt slechts voor enkele levensgebieden, bij uitstek voor de seksuele verhoudingen tussen mensen. Maar zelfs daar is geen sprake van verruiming zonder meer, maar van een nieuw en ander soort beperkingen: dwang en zelfverheffing zijn minder aanvaardbaar geworden dan tevoren, ook in seksuele verhoudingen. Tussen mensen is nu een bredere variatie van seksuele relaties toegestaan, maar steeds onder de voorwaarden van wederzijds overleg en wederkerige toestemming.

En hier ligt de kern van het betoog:

Er is in de afgelopen honderd jaar een verschuiving opgetreden in de gevoelshuishouding binnen mensen en in de omgangshuishouding tussen mensen, *een verschuiving van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding*.

In sommige levenssferen is een bredere variatie van omgangs- en uitingsvormen toelaatbaar geworden en zijn de geboden van de samenleving en van de eigen gewetens minder strikt gaan gelden. Maar die verruiming is onderworpen aan nieuwe beperkingen die mensen niet zozeer voorschrijven *welke* relaties tussen hen al dan niet zijn toegestaan, maar veeleer *hoe* ze hun verhoudingen dienen te regelen.

In seksueel en ook wel in ander maatschappelijk verkeer is voor mensen de bewegingsruimte toegenomen, maar onder de nieuwe, beperkende, voorwaarde dat betrokkenen hun omgang regelen in onderling overleg en naar wederzijdse toestemming. Daardoor worden

deze verhoudingen tussen mensen verscheidener en minder voorspelbaar, minder onderworpen immers aan regels die het resultaat voorschrijven; maar juist strikter geregeld is het proces waarin zij die verhoudingen vorm geven: in onderhandeling tussen de naast betrokkenen. Mensen moeten daarbij meer rekening houden met meer aspecten van meer andere mensen op meer momenten en moeten ook hun neiging tot dwang en zelfverheffing sterker beteugelen.

Deze verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding laat zich het beste vaststellen aan de veranderingen in intieme verhoudingen tussen mensen, tussen gelieven, echtelieden, ouders en kinderen. De formule waarmee homoseksualiteit werd toegestaan tussen 'consenting adults' is er een kernachtige uitdrukking van. De poging om echtelijke en buiten-echtelijke verhoudingen met elkaar in harmonie te brengen door ze tussen man en vrouw te bespreken en er afspraken over te maken - thema van zoveel eigentijdse adviezen - biedt een tweede illustratie. De promiscuë wisseling van liefdesverhoudingen onder adolescente, steedse vrijgezellen, telkens met wederzijdse instemming en voor de duur van beider genoegen, kan evenzeer tot voorbeeld dienen. Het kan ook duidelijk zijn welk een eisen de partijen in deze rationele huishouding elkaar opleggen als het aankomt op het afweren van jaloezie op derden, het weghouden van rivaliserende neigingen, het afzien van wensen om de beste, de mooiste, de liefste of de enige te willen zijn, het indammen van verlatingsangst. Anderzijds moeten de betrokkenen proberen eigen verlangens onder ogen te zien, ze uit te spreken en ervoor op te komen, eigen wensen openhartig - 'assertief' - tot gelding te brengen, maar ze ook als goede onderhandelaars op te geven wanneer ze niet haalbaar blijken.

Zo een gang van zaken, waarbij de doenlijkheid van de verlangens van de één begrensd wordt door de verlangens van een ander, wordt wel aangeduid met 'vrijheid' in de zin dat de rechten van de ene mens ophouden waar die van de ander beginnen. Maar dat is een goede omschrijving van de bewegingsruimte in volkstuintjes, voor de meeste verhoudingen tussen mensen voldoet zij niet: Verlangens en ook rechten van mensen zijn bijna steeds tegelijk verlangens naar en rechten op andere mensen en er bestaat helemaal geen ruimte waarbij niet ook andermans verlangens of rechten in het geding zijn. Vandaar ook dat deze onderhandelingshuishouding, ook al zou die op te vat-

ten zijn als vrijheid, zo zelden als bevrijding wordt ervaren.

De parabel van uitgaansbeperking en uitgaansangst is nu te interpreteren met de verschuiving van bevels- naar onderhandelingshuishouding. Een hele reeks maatschappelijke beperkingen en innerlijke gewetensrestricties op de verhouding tussen mannen en vrouwen zijn in de afgelopen honderd jaar verruimd, vervaagd en zelfs verdwenen. Veel vrouwen kunnen nu kiezen voor opleiding en carrière of voor een huiselijk leven en zelfs voor een - nog steeds moeizame - combinatie van beide. Mannen kunnen hun daarin niet langer namens de maatschappelijke zeden regels opleggen. Met die toegenomen speelruimte zijn ook de verhoudingen die vrouwen en mannen buitenshuis kunnen aangaan gevarieerder geworden, is ook overspel en echtscheiding vaker denkbaar geworden. Echtelieden kunnen uiteengaan met wederzijds goedvinden en blijven dus ook bij elkaar met wederzijdse instemming. Dat wekt nieuwe angsten voor ontrouw en verlating en noopt ook tot onderlinge afspraken, stilzwijgend of met zoveel woorden, over beider gangen. Mannen en vrouwen moeten ook hun kindertal ‘plannen’ en gaan hun ‘rolverwisseling’ regelen. De agorafobie is nu te begrijpen als een gezamenlijke weigering van zo een onderhandelingshuishouding. De agorafobica ziet af van alle beweging buitenshuis zonder toezicht van haar echtgenoot en bewijst daarmee impliciet haar trouw, tegelijk prest ze hem haar te begeleiden en verzekert zich zo van zijn gezelschap, houdt toezicht op haar toezichthouder. Zolang zij angstig blijft behoeft haar metgezel niet bang te zijn. Zo blijft het patroon van de negentiende-eeuwse huishouding bewaard, maar bij gebrek aan het bevel van sociaal fatsoen en van eigen geweten komt de dwang van een onverklaarbare angst.

Er zijn andere voorbeelden te geven van gedragsmoeilijkheden waarbij mensen afzien van wat ooit verboden was en nu is toegelaten, uit onverklaarbare angst en ook uit lusteloosheid. Juist in adolescente kringen waar promiscuïteit aanvaard is blijken sommigen geen liefdesrelaties te kunnen aanknopen of juist in de snelle opeenvolging geen plezier te kunnen scheppen: een ‘verbod op genot’. Een combinatie van orgastische stoornissen, lusteloosheid, depressiviteit, een onvermogen om zich aan iemand anders te binden en dus ontrouw en verlating te riskeren en van het vage maar schrijnende gevoel dat er eigenlijk niets valt mee te maken, verschijnselen die telkens opduiken in de beschrijving van eigentijdse stoornissen, soms onder de noe-

mer ‘depersonalisatie’ of ‘narcisme’.[60] Duidelijk kan zijn dat deze lusteloosheid en angstigheid alleen zichtbaar kunnen worden in een samenleving waar wel is toegestaan wat zulke mensen dan toch nalaten of ontberen. Duidelijk is ook geworden dat die nieuwe gedragsmogelijkheden een grote mate van onderlinge afstemming vereisen, van onderhandeling en van regulering van eigen neigingen, van zelfbeheersing en ‘elkaar-beheersing’. Maar juist deze nieuwe onderhandelingsdwang blijft onuitgesproken en het kan lijken alsof ieder doen mag wat hem zint. Deze onuitgesproken eisen van de onderhandelingshuishouding zijn sommigen te zwaar en benemen hun de zin in allerlei omgang die toch is toegestaan. Zulk onbehagen hangt samen met een omvattende maatschappelijke verschuiving maar vormt zich uiteraard in de wederwaardigheden van een persoonlijke levensloop en binnen specifieke levenskringen.

Het kan nu lijken alsof de moeilijkheden die mensen van elkaar en van zichzelf ondervinden in de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding alleen maar zijn toegenomen. Sommige moeilijkheden zijn veranderd, sommige toegenomen, andere verminderd. Karakteristiek voor de periode waarin een bevelshuishouding het meest verbreid was, karakteristiek ook voor de cliëntèle die Freud in zijn praktijk ontving, waren andere klachten: bij uitstek de hysterie, een aandoening die nu uit het moderne steedse leven verdwenen lijkt. Hysterische vrouwen onttrokken zich aan haar huiselijke plichten, wierpen zich met veel vertoon in grote emotionele scènes en scandaliseerden hun omgeving met vaak onverhulde dreigementen en erotische gestes.[61]. In deze beschouwing kan de hysterie worden opgevat als een revolte tegen de bevelshuishouding, vermomd als geestesziekte. Daartegenover is de agorafobie te plaatsen als een afwijzing van de onderhandelingshuishouding, evenzeer vermomd, maar als een onverklaarbare angst. Geen van beide aandoeningen zijn daarmee voldoende verklaard, laat staan te verhelpen, maar er is een samenhang mee toegelicht van een omvattende maatschappelijke ontwikkeling met veranderingen in de intieme belevingswereld van de mensen die deze verschuiving meemaken.

De verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding omvat veel meer dan alleen deze intieme relaties. Zij voltrekt zich ook in de verhouding tussen burgers en autoriteiten.[62] Plaatselijke bestuurders zien zich gedwongen om rekening te houden met de

verlangens van actiegroepen en georganiseerde buurtbewoners, en een rijk vocabulaire is opgeschoten om deze onderhandeling mee te beschrijven en voor te schrijven: inspraak, participatie, medezeggenschap, hoorzitting, buurtoverleg...

Een overeenkomstige verschuiving heeft zich voltrokken in organisaties, althans in aangrenzende rangen. De interne democratisering van de universiteiten is het schoolvoorbeeld van een verschuiving van bevels- naar onderhandelingshuishouding, maar de ontwikkeling is ook in andere organisaties aan te tonen.[63] Telkens weer dienen chefs, bazen, superieuren meer rekening te houden met meer verlangens van ondergeschikten en zelfs de hier gebruikte termen met hun betekenis van ‘meerdere’ en ‘mindere’ zijn in snel tempo pijnlijk aan het worden en onuitsprekelijk.

Deze ontwikkelingen leggen de partijen steeds de eis op om andermans strevingen vaker en ernstiger in aanmerking te nemen, maar ook om eigen strevingen openhartig te verwoorden en tot gelding te brengen. In die nieuwe vormen van regeling voor de onderlinge omgang steken ook nieuwe mogelijkheden van manipulatie en onechtheid,[64] verhulde coöptatie, ‘inpakken’ en ‘soft sell’. Dat is het aangrijpingspunt van veel moderne cultuurkritiek. Maar alvorens de verwordirtg aan te klagen is het nodig de verandering te beschrijven. En ook al zou veel van deze consideratie voor andermans strevingen slechts pose zijn, dan leidt toch de verplichting om die schijn op te houden op den duur tot versterking van de pressie om ook aan die steeds weer geuite en aangehoorde verlangens toe te geven: in de zedengeschiedenis is de schijn vaak al de halve waarheid.

Uit het voorgaande volgt dat de verschuiving van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding voor sommigen een veel groter verruiming inhoudt dan voor anderen. Kinderen kunnen zich nu meer veroorloven jegens hun ouders maar ouders zijn zich meer gaan inhouden tegenover hun kinderen; te denken valt bijvoorbeeld aan kastijding en andere bestraffing. Vrouwen hebben grotere bewegingsmarges verworven tegenover mannen, maar die mannen kunnen zich minder vrijheden veroorloven tegenover bijvoorbeeld lager-geplaatste vrouwen, hebben hun gesegregeerde clubs veelal moeten opgeven en hun alleenrecht op de betere arbeidsposities verloren. Actiegroepen hebben recht van spreken verworven in bestuurskwesties, maar gezaghebbers hebben meer moeite met het onderhands re-

gelen van zaken en moeten zich schikken naar de procedures van het overleg; en alweer: de schijn bedriegt weliswaar, maar sleclits ten dele. Net zo vinden in organisaties lageren in rang meer gehoor, begrip en soms zelfs aanvaarding voor hun verlangens, maar dat houdt ook in dat hogeren in rang zich hebben moeten inbinden.

Hooggeplaatsten, ouderen, mannen, hebben in deze opgedrongen onderhandelingen zich meer beperkingen moeten opleggen dan tevoren. Dat verklaart misschien ook iets van de bitterheid in veel cultuur-kritische beschouwingen die immers vooral door auteurs van aanzien en op leeftijd worden geproduceerd.

Dit alles betekent niet dat mensen over de gehele linie ook gelijker aan elkaar zijn geworden. Daar waar zich zo een onderhandelingshuishouding vormt, in de vriendenkring, tussen gelieven, in gezinnen, tussen voorgangers en medewerkers in de organisatie, tussen hulpverleners en cliënten, tussen groepen burgers en plaatselijke autoriteiten, wordt de afhankelijkheidsbalans tussen partijen minder asymmetrisch. Maar er voltrekt zich ook een andere ontwikkeling: organisaties hebben zich zeer uitgebreid, zijn meer mensen gaan omvatten, bedienen en beheersen; het hiërarchisch trappenstelsel is langer geworden, het aantal treden toegenomen. Dat geldt voor ondernemingen, opgenomen in moedermaatschappijen, genesteld in houdstermaatschappijen tot een hoogste middelpunt waarmee honderdduizenden werkers en soms tientallen miljoenen klanten indirect verbonden zijn. Het geldt evenzeer voor dat conglomeraat van bureaucratische apparaten dat de staat genoemd wordt en waarin miljoenen mensen werk vinden en honderden miljoenen mensen ingeschakeld kunnen zijn als burger en cliënt.

Zo is het heel goed mogelijk dat in een organisatie tussen aangrenzende rangen de afhankelijkheidsbalans nu minder eenzijdig uitslaat dan voorheen, of dat binnen een gemeente groepen burgers hun eisen zwaarder kunnen laten gelden tegenover gezagsdragers, terwijl tegelijkertijd de sociale afstand tussen de hoogsten en de laagsten in de uitgedijde bureaucratische rangorde is toegenomen, zodat de verlangens van de eenling onderaan nauwelijks tellen voor iemand bovenaan, die rekening te houden heeft met zoveel andere en zoveel zwaarder georganiseerde eisen.

Het is juist deze organisatie van produktie en verzorging, zozeer toegenomen in de laatste honderd jaar, die de veranderingen in om-

gangs- en uitingsvormen waarover het hier gaat, heeft bewerkstelligd. Binnen die organisationele verbanden raakten steeds grotere aantallen mensen van elkaar afhankelijk; maar naarmate telkens andere levenssferen voorwerp werden van zulke grootscheepse, bureaucratische organisatie, werden mensen ook voor die afzonderlijke aspecten van hun bestaan afhankelijk van telkens andere organisationele verbanden, werden hun levens 'ontbonden in organisationele factoren'.

Ook de aard van die organisaties is veranderd, juist in de laatste decennia. Vooral binnen de verzorgingsbureaucratieën - maar ook in recente en snel-groeiende takken van produktie-organisaties, zoals personeelsbeheer, reclame en verkoop - zijn taken moeilijk te omschrijven en is de uitoefening ook moeilijk te bewaken. Het eigen oordeel en de persoonlijke inzet van werkers in zulke organisaties komt er meer op aan dan bij de vervaardiging van standaardprodukten. Maar ook arbeiders in de moderne industrie die met steeds kostbaarder en kwetsbaarder apparatuur werken kunnen uit tegenzin of onverschilligheid grote schade aanrichten. Onder die omstandigheden zijn arbeidsdwang en arbeidsloon niet langer toereikend om de vereiste toewijding te waarborgen. Daarom ontstaat druk op de beheerders van die organisaties om met meer verlangens van de werkers rekening te gaan houden en om hen aan de organisatie te binden op subtieler wijze dan door de cash-nexus alleen.[65] Hierin ligt een van de ontstaansredenen van het stelsel van sociale voorzieningen, maar ook voor een verschuiving van organisationele verhoudingen: waar een simpele bevelsstructuur niet meer voldoet, komt een onderhandelingshuishouding op gang.

Deze ontwikkeling heeft zich het eerst en het verst doorgezet in de moderne verzorgingsbureaucratieën, in het onderwijs en de maatschappelijke dienstverlening, en in mindere mate in de gezondheidszorg en de sociale verzekeringen. Het is de toonaangevende klasse van professionele verzorgers en beheerders die hun werkverhoudingen regelen in zo een onderhandelingshuishouding. Zij dragen die omgangs- en uitingsvormen ook over op verhoudingen buiten het werk, in vriendenkring en vooral in gezinsverband.

Maar in die verzorgingsbureaucratieën zijn niet alleen de mensen die er werken opgenomen, maar ook, uiteraard de cliëntèles, scholieren en studenten, patiënten, cliënten en uitkeerlingen. In deze verhou-

dingen tussen verzorgers en verzorgden worden ook die cliënten gevormd in de nieuwe omgangs- en gevoelshuishouding, in de beheersing van gewelddadigheid en zelfverheffing, de nauwkeurige omgang met geld, tijd, goederen en eigen lichaam, in het kenbaar maken van eigen verlangens en het rekening houden met die van anderen, in het zoeken naar wederzijdse toestemming en het opgeven van kennelijk onvervulbare wensen, kortom in het voeren van een onderhandelingshuishouding.

De verschuiving van bevels- naar onderhandelingshuishouding heeft zich dus vooral voltrokken door de arbeids- en cliëntenverhoudingen in moderne organisaties, en bij uitstek in de bureaucratische verzorgingsarrangementen. Maar in de loop van diezelfde ontwikkeling vormden zich ook nieuwe beroepsgroepen die er hun werk van maakten om de moeilijkheden te verhelpen die mensen onder deze nieuwe verhoudingen van elkaar en van zichzelf ondervonden: organisatieadviseurs, agogen, psychotherapeuten... Zij fourneren het vocabulaire en de modellen waarmee deze omgangs- en belevingsmoeilijkheden te verwoorden en te beleven zijn én - door hen - als problemen te behandelen.

In de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding zijn mensen elkaar en zichzelf een striktere geweldsbeheersing gaan opleggen, tot groter zorgvuldigheid gaan dwingen en zijn ze hun zelfverheffing verder gaan intomen; in andere levenssferen is de variatie van toegelaten omgangswijzen verruimd onder de nieuwe beperkende voorwaarde van wederzijdse onderhandeling en toestemming. Die overgang mag bevrijdend werken, het is voor mensen ook vaak moeilijk en bedreigend, en wanneer zij het stellen moeten zonder de leidraad van maatschappelijk gebod of gewetenseis ontwikkelen zij soms angsten en onlusten die hen weerhouden van wat hun nu is toegestaan, omdat die onderhandelingshuishouding hen te moeizaam is, te riskant, en te eenzaam.

5. *Cultuurkritiek en civilisatietheorie*

Al eerder zijn hier auteurs ter sprake gekomen die zich met de tegenwoordige ontwikkeling in omgangsvormen en uitingswijzen hebben beziggehouden. Zoals gezegd doet zich daarbij het theoretisch probleem voor dat deze commentatoren er veelal van uitgaan dat de

samenleving als geheel repressiever wordt, terwijl de zeden juist losser lijken te worden. De auteurs van de *Frankfurter Schule* hebben deze paradox trachten op te lossen door die verruiming van omgangsvormen als gezichtsbedrog te kenschetsen. Adorno schrijft 'dass die Befreiung des Sexus in der gegenwärtigen Gesellschaft blosser Schein sei.'[66]

En hij vervolgt: 'Die rationale Gesellschaft, die auf Beherrschung der inneren und äusseren Natur beruht und das diffuse, der Arbeitsmoral und dem herrschaftlichen Prinzip selber abträgliche Lustprinzip bändigt, bedarf nicht länger des patriarchalischen Gebots von Enthaltsamkeit, Jungfräulichkeit, Keuschheit. Sondern der an- und abgestellte, gesteuerte und in ungezählten Formen von der materiellen und kulturellen Industrie ausgebeutete Sexus wird, im Einklang mit seiner Manipulation, von der Gesellschaft geschluckt, institutionalisiert, verwaltet. Als gezügelter ist er geduldet.'

Deze passage bevat de tweede stap in de redenering: de schijnbare bevrijding stelt de samenleving alleen maar beter in staat mensen te beheersen en uit te buiten dan het onder een bevelshuishouding ooit mogelijk was door de ingetoomde lusten enigszins toe te laten en zo juist te manipuleren. De vraag zou hierbij kunnen rijzen wat dan die 'Gesellschaft' is en wat daaraan zo rationeel is, als toch de mensen die haar vormen, zich zo gemakkelijk door de industrie laten ringeloren. Of, waarom het noodzakelijk manipulatie en uitbuiting is, als mensen hun impulsen beteugelen en dan gematigd en gestuurd toegeven aan de materiële en culturele genoegens van die industriële samenleving.

Hier kan de psychoanalyse Adorno van nut zijn:[67] 'Psychoanalytiker hätten es nicht schwer nachzuweisen, dass in dem gesamten monopolistisch kontrollierten und standardisierten Sexualbetrieb... Vorund Ersatzlust die Lust überflügelt haben... Während der Sexus eingegliedert wird, bleibt was an ihm nicht sich eingliedern lässt, das eigentliche sexuelle Aroma, der Gesellschaft verhasst.'

Psychoanalytici kunnen aantonen dat de seksuele vormen die maatschappelijk toelaatbaar zijn slechts Ersatz zijn, terwijl datgene dat niet toegelaten is en zich ook niet laat inpassen, het eigenlijke aroma van de seksualiteit uitmaakt. De tegenwerping dringt zich op dat een toenemend aantal seksuele variaties acceptabel zijn geworden, blijkbaar ontberen die toch alle het eigenlijke aroma. Maar in hetzelf-

de opstel toont Adorno zich zeer afwijzend tegenover gewelddadigheid en zelfverheffing in seksuele relaties. Hij verzwijgt daarbij niet dat zulke dwangverhoudingen ook bij de wet verboden zijn en dus 'der Gesellschaft verhasst', maar toch keurt hij ze ten stelligste af, rekent ze blijkbaar niet tot de wezenlijke seksualiteit.

Dat wat maatschappelijk is toegestaan dient slechts om mensen beter uit te buiten en te beheersen - een voortzetting van Marx - en dat wat maatschappelijk is toegestaan kan nooit het wezenlijke zijn, met dank aan de psychoanalyse. De samenleving wordt een ware boze wolf waarvan alle organen slechts dienen om beter te kunnen horen en beter te kunnen zien en, tenslotte, om de prooi beter te kunnen verslinden.

Marcuse herhaalt deze hinkstapsprong, zij het met nog briljanter terminologisch vertoon:[68] 'sexuality is liberated (or rather liberalized) in socially constructive forms. This notion implies that there are repressive modes of desublimation...'

Deze 'repressieve desublimatie', vervolgt Marcuse, 'operates as the by-product of the social controls of technological reality, which extends liberty while intensifying domination'. Opnieuw: mensen desublimeren niet op een bevrijdende manier, integendeel, terwijl ze zich laten gaan, laten ze zich juist beter beheersen.

Een nagenoeg identieke formulering is te vinden bij Philip Slater:[69] 'The "relaxation" of restrictions in all media is not a relaxation at all, but merely another intensification of the control-release dialectic on which Western civilization is so unfortunately based.'

Reimuth Reihe werkt het thema van de repressieve desublimatie uit in psychologische termen: onder de vigerende maatschappelijke verhoudingen bereiken mensen niet een volwassen, genitale seksualiteit, maar blijven 'onrijp' of 'regressief'.[70]

In de laatste jaren heeft een andere term uit het psychoanalytisch vocabulaire de woorden 'regressie' en 'desublimatie' afgelost: 'narcisme'. Vooral onder Amerikaanse cultuurcritici heeft dit begrip ingang gevonden. Richard Sennett geeft een karakteristiek van deze narcistische persoonlijkheid en brengt de verbreiding van dit narcisme in verband met de opkomst van het bureaucratisch middenkader, dat immers wordt aangesteld en bevorderd, niet op grond van inhoudelijke deskundigheid, maar vanwege inzetbaarheid, volgzaamheid en goede contactuele kwaliteiten. Deze gedachtenlijn is verwant aan die van

mijn beschouwing, maar verschilt door Sennett's gebruik van psychologische en in wezen moraliserende termen. Ook Sennett signaleert een toegenomen aandacht voor de motieven van anderen en een geneigdheid om menselijke verhoudingen in psychologische termen te interpreteren en niet langer met begrippen als zonde en deugd, eigenbelang, of recht en onrecht. Maar Sennett vat al deze ontwikkelingen samen onder het nieuwe verschijnsel van het narcisme:[71] 'The questioning of motives of others similarly works to devalue their actions, because what matters is, not what they do, but fantasies one has of what they are feeling when they do it.' En, vervolgt hij, deze narcistische instelling wordt volwassenen in de samenleving opgedrongen, omdat de werkelijkheid zo gestructureerd is dat 'order and stability and reward appear only to the extent that people who work and act within its structures treat social situations as mirrors of self, and are deflected from examining them as forms which have a non-personality meaning.'[72] Sennett zinspeelt hier kennelijk op omgangswijzen waarin mensen zich oriënteren op andermans verlangens om zo des te beter eigen wensen te kunnen verwezenlijken in onderlinge onderhandeling en waarin tenslotte normen en gewetenseisen nauwelijks nog gelden en een besef van omvattender maatschappelijke machtsverhoudingen geheel ontbreekt. In die zin opgevat is deze beschrijving een scherpe kenschets van de morele en politieke verwording die zich in een onderhandelingshuishouding kan voltrekken: 'To the extent, in sum, that a society mobilizes narcissism - it will succeed only in transposing the structures of domination in the society in psychological terms.'

Ook bij Christopher Lasch is een samenhang te vinden tussen de opkomst van het bureaucratisch middenkader, en bij hem vooral van de verzorgende beroepen, en anderzijds, de verbreiding van een nieuwe geestesgesteldheid.[73]

'The contemporary cult of sensuality implies a repudiation of sensuality in all but its most primitive forms. The fascination with personal relations, which becomes increasingly intense as the hope of political solutions recedes, conceals a thoroughgoing disenchantment with personal relations. Ideologies of impulse gratification and pleasure seeking gain the ascendancy at the very moment that pleasure loses its savor. A narcissistic withdrawal of interest from the external world underlies both the demand for immediate gratification -

resoundingly endorsed by advertising, mass promotion, and the health industry - and the intolerable anxiety that continually frustrates this demand.'

Lasch vervolgt deze passage met de constatering dat het superego aan een niet aflatende stormloop onderhevig is waaruit de devaluatie van het gezag in de moderne samenleving blijken kan. Hij signaleert de teloorgang van de bevelshuishouding, maar vat dat proces in psychologische en moraliserende termen als verval en verwording, waar hij toch juist vermijden wil 'merely to moralize under the cover of psychiatric jargon'.[74]

Lasch tracht de hedendaagse veranderingen in omgangs- en belevingswijzen begrijpelijk te maken uit de opkomst van de hulpverlenende beroepen en van de verzorgingsarrangementen, een benadering die geheel strookt met wat ik hier heb beweerd. Maar bij Lasch wordt het betoog een requisitoir tegen de opdringende verzorgers die het gezin als laatste toevluchtsoord van persoonlijke autonomie ondermijnen en met het ouderlijk gezag ook de mogelijkheid van karaktervorming en rebellie ondergraven: 'The citizen's entire existence has now been subjected to social direction, increasingly unmediated by the family or other institutions to which the work of socialization was once confined.'[75] In het voorbijgaan is de karakteristieke terminologische slordigheid te signaleren, waarbij wat 'family' en zelfs 'other institutions' doen blijkbaar juist geen 'social direction' is. Het sleutelwoord in dit citaat is 'unmediated': tussen gezin en 'society itself' zijn geen bemiddelende instanties overgebleven.

'Social science equally fails to see that "interdependence" merely reflects changing modes of class rule: the extension and solidification of capitalist control through the agency of management, bureaucracy, and professionalization.'[76]

Heel terecht merkt Lasch op dat termen als 'interdependentie' of 'verafhankelijking' in hun algemeenheid de overheersing van de ene groep door de andere (zij het niet 'merely' klassen) kunnen verdoezelen. Maar hij vervalt vervolgens in een gelijksoortige misvatting door management, bureaucracy, and professionalization als een naadloos gegoten blok kapitalistische beheersing voor te stellen en daarmee juist die tegenstellingen te negeren die in een moderne samenleving mediërende functies kunnen hebben. En in zijn haast om te veroordelen wat nog vast te stellen is, ziet Lasch voorbij aan nieuw opgeko-

men vormen van regeling van het samenleven die in de plaats komen van een afkalvende bevelshuishouding, namelijk de onderhandelingshuishoudingen waarvan hier sprake was.

De cultuurcriticasters van Adorno tot Lasch vertonen een aantal opmerkelijke overeenkomsten. Als echte moralisten verzekeren zij hun gehoor dat de nieuwerwetse genoegens niet de ware zijn. Maar dat is hun niet voldoende. Nu er geen god is of gebod om aan te roepen, sommeren zij de wetenschap om te getuigen, en wel de psychoanalyse. In die leer paraisseren een reeks termen die min of meer naar medische analogie, uitgaand van een ontwikkelingsbegrip, een scheefgroei of een gestokte ontwikkeling moeten aanduiden. Dat is vanwege de biologische beeldspraak al problematisch en ook na zorgvuldig onderzoek van een enkel mensenleven in de spreekkamer al moeilijk genoeg, maar als het wordt toegepast op de samenleving in haar geheel verwordt het algauw tot pseudowetenschappelijke zedenprediking. 'Es sind eben nur Vergleichungen, mit denen wir uns um das Verständnis des sozialen Phänomens bemühen, die Individualpathologie gibt uns kein vollwertiges Gegenstück dazu.'[77] Waar sociologen kennelijk gefaald hebben in de formulering van begrippen waarmee een maatschappelijke ontwikkeling omvattend te beschrijven is, negeren deze cultuurcritici wat wel voorhanden is en hanteren Freuds Individualpathologie als nieuwe Sozialpathologie.

De tweede gemeenschappelijke dwaling van deze cultuurkritische auteurs is de vanzelfsprekende veronderstelling dat wat hun in de hedendaagse samenleving mishaagt ook noodzakelijk de verdere uitbuiting en overheersing door het kapitalisme zal bevorderen. Bij Lasch is deze gedachtenwending ook voor het zeer geoefend oog niet meer te onderscheiden van een reactionaire visie, omdat hij ten eerste alle zedenvernieuwing opvat als verval, zoals zijn voorgangers, maar bovendien 'management' en bureaucratie eenvoudig gelijk stelt met de staat in één enkel groots en verwerpelijk geheel.

Tegenover deze bezwaren staat de - veel grotere - verdienste van de besproken auteurs dat zij met beeldend vermogen en eigenzinnigheid de traditie hebben voortgezet van algemene beschouwingen over de samenhang tussen grote maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de ervaringswereld van afzonderlijke mensen en dat zij het simpel vooruitgangsgeloof en ordenings-ethos van bureaucraten

en sociale deskundigen uit alle macht hebben willen ondermijnen.

De aanknopingspunten met het denken van de cultuurcritici zijn vele, maar hier ging het er mij om bij hen een fundamentele gedachtenconstructie aan te wijzen die ik juist heb willen vermijden. De vraagstelling van mijn betoog sluit aan bij een discussie die gevoerd is onder Amsterdamse sociologen naar aanleiding van de civilisatietheorie van Norbert Elias.

Elias heeft in zijn voornaamste werken een verband gelegd tussen processen van staatsvorming, monopolisering van de geweldsuitoefening door die staten, de geweldsbeheersing bij mensen binnen die staatsverbanden en hun overige affectbeheersing, hun toenemend schaamtegevoel en groeiende gewetensvorming in de periode van omstreeks 1200 tot circa 1750, gedocumenteerd aan de hand van voorschriften voor de ridderlijke en hoofse etiquette uit die dagen. Over de ontwikkelingen nadien zwijgt Elias op enkele passages na, al is zijn oeuvre te lezen als een studie in de sociogenese van de affecthuishouding en gewetensstructuur die Freud bij zijn patiënten als gegeven aantrof en analyseerde.

In een finale samenvatting trekt Elias de lijnen van het beschavingsproces verder door, zonder overigens direct twintigste-eeuwse verhoudingen ter sprake te brengen.

Naar aanleiding van een eerste onderzoek naar de teneur van adviezen aan brievenschrijvers in het tijdschrift *Margriet* in de jaren 1954-1974, concluderen de auteurs, Brinkgreve en Korzec:[78] ‘Er worden in '74 minder expliciete en minder strikte regels gesteld. Er wordt minder veroordeeld en meer begrip getoond, er is een grotere aandacht voor het emotionele leven en het uiten van gevoelens.’

Zij vragen zich dan af of dit nu een voorbeeld is van verminderde zelfbeheersing, of juist van een zekere verruiming van omgangsvormen binnen het kader van een toegenomen zelfbeheersing. Zij citeren Elias over de toegenomen bewegingsvrijheid van vrouwen bij het baden in zee sinds de Eerste Wereldoorlog en halen zijn conclusies aan:[79] ‘Es ist eine Lockerung, die sich vollkommen in Rahmen eines bestimmten “zivilisierten” Standardverhaltens hält, d.h. im Rahmen einer automatischen, als Gewohnheit angezüchteten Bindung und Umformung der Affekte sehr hohen Grades.’

Brinkgreve en Korzec vragen zich dan af volgens welke criteria een verruiming van de zeden als een vermindering van zelfbeheersing is

te interpreteren - als een terugval in het beschavingsproces dus - of juist als een ontspanning onder de voorwaarde van een ‘sehr hohe Standard der Triebgebundenheit’.

Cas Wouters opteert in zijn reactie op dit artikel[80] voor de laatste interpretatie. Hij stelt voor de gesignaleerde verruiming van omgangsvormen aan te duiden met de term ‘informalisering’. Wouters wijst er dan op dat Elias het beschavingsproces niet eenvoudig beschrijft als een proces van toenemende affectbeheersing, zoals Korzec en Brinkgreve het samenvatten, maar dat volgens Elias de loop van het beschavingsproces gekenmerkt wordt door een verruiming van gedragsmogelijkheden, een vermindering van contrasten, een grotere gelijkmatigheid van beheersing en ontspanning èn een verschuiving van sociale dwang naar zelfdwang. Dergelijke gedragscodes vormen zich mede in de concurrentieverhoudingen tussen maatschappelijke boven- en onderlagen, waarbij opkomende groepen omgangsvormen overnemen van de gevestigden, en omgekeerd zulke codes ook teloor gaan als zij niet langer nodig zijn om standsverschillen te accentueren of te bewaren:[81] ‘Zoals in de achttiende eeuw aan het hof de omgangsvormen steeds verder werden verfijnd onder de druk van de toenemende macht van de beroepsburgers, zo werden ook in de negentiende eeuw de burgerlijke omgangsvormen steeds belangrijker als instrument ter distantiëring van de sociaal stijgende “kleine luiden” en arbeiders.’

Daarmee is overigens - bij Wouters impliciet - een antwoord gegeven op de vraag van Brinkgreve en Korzec, welke criteria de interpretatie moeten leiden: het gaat er niet om nu eens dit incident, dan weer die bevlieging te duiden in het licht der beschavingshistorie, maar om langlopende maatschappelijke ontwikkelingen te traceren, zoals de monopolisering van de feodale concurrentie-verhoudingen, de opkomst van nationale staten en van de kapitalistische burgerklasse, en nu ook de bureaucratisering en verstatelijking van de verzorging waarin zich een professionele verzorgersklasse gevormd heeft en waaraan burgers op allerlei wijze als cliënten gebonden zijn.

Die ontwikkelingen zijn te volgen tot in de intieme levenskring en belevingswereld van de mensen die ze meemaken, ze zijn te traceren in de verandering van omgangsvormen, gevoelsuitingen en fantasieen, niet met wetmatigheid, maar wel in geordende ontwikkeling.

Zo kan bijvoorbeeld een interpretatie van toenemende geweldscri-

minaliteit, van vernielzucht of van toenemende onverschilligheid voor andermans bezit of belang niet verlopen in termen van ‘de geest des tijds’, en evenmin als bij de cultuurcritici direct in termen van uitbuiting, overheersing en individuele regressie en rebellie. Steeds is het nodig na te gaan *welke* groepen deze gedragsvormen en uitingswijzen gaan hanteren en in *welke* afhankelijkheids- en concurrentieverhoudingen zij staan tot andere maatschappelijke lagen, van welke kansen zij uitgesloten zijn en tot welke stijgingsmogelijkheden zij geen toegang hebben. Op grond daarvan zijn hun uitings- en omgangsvormen te interpreteren.

Er is in deze eeuw stellig sprake van een ‘gewisse Lockerung in der Sphäre der Umgangsformen’.[82] Tegelijkertijd echter neemt, althans in Nederland de geweldsbeheersing tussen mensen toe, onderdrukken zij hun neiging tot zelfverheffing in sterkere mate dan voorheen en oefenen op elkaar en op zichzelf een grotere pressie uit tot nauwkeurigheid met tijd, goed en eigen lichaam. De ‘Lockerung der Sitten’ en de ‘Vergrösserung der Spielarten’ blijkt daarnaast onmiskenbaar in de seksualiteit, maar ook wel in andere levenssferen. Ik heb willen aantonen dat ook deze verruiming en verlossing onder beperkende voorwaarden verloopt, namelijk met vermijding van geweld en zelfverheffing en in wederzijdse onderhandeling.

Zeer geachte toehoorders, Al diegenen die hebben meegewerkt aan mijn benoeming, studenten, de minister, leden van het secretariaat in commissie en raad, hare majesteit de koningin, collega's, en u, bestuurders in vrije tijd of beroepshalve, wil ik dank zeggen voor het vertrouwen dat u in mij hebt willen stellen.

Doordat voor de professorale leerstoelen nu vakgroepen in de plaats gekomen zijn, is er in mijn geval niet een duidelijke voorganger die ik hier zou kunnen eren of gekwetst verzwijgen: in een trage stoelendans hebben de universitaire docenten zich opgedeeld over deze vakgroepen.

Mijn opdracht luidt ‘sociologie’ en ik volvoer die binnen de vakgroep Verzorgingssociologie, een gezelschap dat zich bezighoudt met de bestudering van de manieren waarop mensen trachten de gevolgen van ziekte, onwetendheid en tegenspoed te verhelpen, ooit onderling in familiekring, onder collega's, als burenhulp en nu meer en meer in grote organisatorische verbanden, verzorgingsarrangementen als

scholen, ziekenhuizen en sociale voorzieningen.

Dat is een nieuwe benaderingswijze die ons in staat stelt brede maatschappelijke ontwikkelingen op langere termijn te volgen dan tot nu toe mogelijk was in de afzonderlijke specialisaties van medische sociologie, onderwijssociologie en welzijnssociologie, die immers in onze vakgroep zijn gecombineerd.

Beste vakgroepgenoten, Toen ik vorig jaar met ieder van u een gesprek had over ieders plaats in de vakgroep bleek u zich allemaal als een buitenstaander te beschouwen. Maar toen dit jaar studenten gingen deelnemen aan ons overleg bleek hoezeer wij ons inmiddels als gesloten gezelschap hadden gevestigd en hoeveel voor ons gezamenlijk al vanzelfsprekend was geworden.

U weet dat ik een vakgroep beschouw als een gespreksgemeenschap en dat ik weinig fiducie heb in planning, coördinatie en program. Wij zijn nu bijna drie jaar met elkaar aan de praat gebleven en ik hoop dat juist uit onze verschillen een gemeenschappelijke benadering zal ontstaan van de maatschappelijke problemen van de verzorging.

En u, studenten, Soms - en dat is nu - is het goed uit te spreken wat niet altijd betoog behoeft: de democratisering aan onze universiteiten is een van de belangrijke sociale experimenten van deze tijd. Als het aan de universiteiten niet lukt om mensen grotere zeggenschap te geven over nun eigen werkverhoudingen, dan lukt het nergens. Deze verschuiving van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding heeft schade gedaan, en mensen ongelukkig of onzeker gemaakt. Maar daar staat tegenover dat nu tienduizenden mensen proberen om in commissies en raden in onderling overleg te beslissen over de omstandigheden waaronder zij werken. Die democratisering is nu een eind op gang, juist aan deze Faculteit, maar moet zich nog verder ontwikkelen en beter bewijzen. In die democratisering is het niet mijn werk, om u naar de mond te praten, maar om u tegen te spreken. Het moeilijkste is daarbij gebleken om voor mensen die siecht werken een oplossing te vinden en om mensen die goed werken verder te stimuleren. Want die verschillen bestaan. Anders komt over het bonte goed van de academie een grauwsluier van middelmaat en conformisme te liggen als het bestuurlijk waspro-

gram zijn beloop heeft. Mijn werk is het binnen dit democratiseringsproces de kwaliteit van de wetenschapsbeoefening te bevorderen. Daar sta ik voor, en u soms ook. Die democratisering is geen toestand, maar een proces dat wij meemaken. En als het u wat schelen kan, mag u het niet overlaten aan enkele actieven, maar moet u er ook aan meedoen. Wij zullen elkaar moeizaam moeten leren om dat ernstige spel eerlijk te spelen.

Lieve Ellen, Gisteren was het op de dag af zeven jaar geleden dat wij elkaar voor het eerst hebben ontmoet. Een goede aanleiding voor iets plechtigs en iets vrolijks: Voilà... een oratio pro domo.

Geachte toehoorders, Deze middag was gewijd aan handhaving en vernieuwing van omgangsvormen. Een goede gelegenheid om een heel ongelukkige gewoonte af te schaffen: dat ellendig wachten in opeengepakte rijen in die kale gang voor de receptie. Ik wil u daarom dan ook verzoeken om, nadat u achter het cortège, ordentelijk de zaal verlaten hebt, gewoon door te lopen naar de senaatskamer. U hoeft dan niet in het gelid te staan en wij zullen elkaar toch wel weten te vinden voor een handdruk. Ik wil u danken dat u naar mij bent komen luisteren.

Ik heb gezegd.

Eindnoten:

1 Rede bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de sociologie aan de Universiteit van Amsterdam 28 mei 1979. Met dank aan de leden van het 'Postdoctoraal colloquium in de sociologie van de psychotherapie' en van het 'Psychoanalytisch dispuut' en aan Lo Brunt, J. Goudsblom en mevrouw J. Soetenhorst-de Savornin Lohman voor hun suggesties en aan Yvonne van der Doelen, doctoraal stagiaire, voor haar bijdragen aan de documentatie. Deze tekst is een uitgebreide en herziene versie van de rede.

2 Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation; Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Francke, Bern und München 1939, 1969, 2ter Band: *Wandlungen der Gesellschaft, Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*, blz. 453.

3 C. Brinkgreve, J. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf (Sociologie van de psychotherapie, deel I)*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1979: A. de Swaan met R. van Gelderen en V. Kense, *Het spreekuur als opgave (Sociologie van de psychotherapie, deel II)*. idem. Het gedeelte over proto-professionalisering verscheen eerder als A. de Swaan, 'Professionalisering en proto-professionalisering'. In: *Jaarverslag 1976*, Instituut voor Medische Psychotherapie, I.M.P., Amsterdam, z.j.

4 Hiermee is de kwestie uit de wereld of Psychotherapeuten en andere hulpverleners de vraag scheppen waarin zij dan vervolgens zelf voorzien, óf dat zij een al dan niet manifeste behoefte aan hulpverlening bedienen die zonder hen ook bestaat. 'Vraag' is een economische term, 'behoefte' heeft biologische connotaties. Maar mensen leven in conflict met zichzelf en anderen en zijn gedurig doende daaraan uiting en uitleg te geven. Daarbij zijn zij meer en meer begrippen gaan hanteren die ontleend zijn aan het beroepsvocabulaire der hulpverleners en gaan zij ook in hun wederwaardigheden een nieuwe samenhang en regelmaat herkennen, naar de patronen die in die beroepskring zijn opgesteld.

5 Émile Durkheim, *Le suicide; Étude de sociologie* (1897). Presses Universitaires de France, Paris 1960, blz. 283-5.

5a Karl Marx en Friedrich Engels, *Manifest der Kommunistischen Partei* (1848), M.E.W. IV, Dietz, Berlin 1972, blz. 164, resp. blz. 469.

6 Anthony Giddens, *Capitalism and modern social theory; An analysis of the writings of Marx, Durkheim and Max Weber*. Cambridge U.P., Cambridge 1971, blz. 184.

7 Sigmund Freud, *Das Unbehagen in der Kultur* (1930) Freud-Studienausgabe. Fischer, Frankfurt a.M. 1974, Band IX, blz. 227.

8 Een goede samenvatting van de civilisatietheorie van N. Elias is te vinden bij Cas Wouters, 'Is het civilisatieproces van richting veranderd?' In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 3 (3), december 1976, blz. 336-360.

9 Maar in de historische epidemiologie blijken ook epidemische infectieziekten beschavingsziekten, die immers pas hardnekkig en grootscheeps worden wanneer mensen - in steden - in zo groten getale bijeenleven dat althans enkele sterken de besmetting overleven en de besmettende organismen bij zich blijven dragen zodat ze niet alle te gronde gaan met de ondergang van al hun menselijke slachtoffers. Vergelijk William H. McNeill, *Plagues and Peoples*. Anchor, New York 1976. En anderzijds treden degeneratieve ziekten niet alleen op in moderne samenlevingen vanwege de hoge gemiddelde levensduur, maar ook omdat ze daar bevorderd worden door de levensomstandigheden van de mensen.

10 J.A. Weijel, *De mensen hebben geen leven; Een psychosociale studie*. Bohn, Haarlem 1971, blz. 10-11.

11 *Ibidem*, blz. 12.

12 Vergelijk Robert E. Dickinson, *The West European city, A geographical interpretation*. Routledge & Kegan Paul, London 1951, blz. 446-454.

13 Lyn H. Lofland, *A world of strangers; Order and action in urban public space*. Basic Books, New York 1973, blz. 63.

14 Jan en Annie Romein, *De lage landen bij de zee; Geïllustreerde geschiedenis van het nederlandse volk van Duinkerken tot Delfzijl*. De Haan, Utrecht 1930, blz. 595. In de tweede helft van de zeventiende en in de loop van de achttiende eeuw trekken gegoede burgers zich terug uit het stedelijk leven en gaan hun vrouwen zich wijden aan de fijnere huiselijke taken; de stad en ook het handwerk worden geringschattend bezien: een 'aristocratisering van de gegoede burgerklasse' (J. Wattel, Harem- en Pardah-systeem. Boom, Meppel 1954, blz. 278).
Terloopse zinspelingen op uitgaansbeperkingen zijn bijvoorbeeld al te vinden bij *Saartje Burgerhart*: 'Wij Meisjes hebben toch zo een knaapje nodig... om ons overal te brengen, daar de Etiquete niet toelaat zonder *chapeau* te verschynen.' Wed. ds. Wqlff, A. Deken, E. Bekker, *Historie van mejuffrouw Sara Burgerhart* (1782). Den Haag, 1901, blz. 58.
In patricische kringen golden al in de achttiende eeuw allerlei uitgaans beperkingen voor jonge meisjes en vrouwen. Zulke uitgaansbeperkingen zijn door de kleine burgerij overgenomen, toen mensen van het land naar de stad trokken in zo grote getale dat die kleine burgers zich bedreigd zagen en omwille van de veiligheid én de handhaving van het standsverschil omgangsvormen gingen betrachten die zij kenden van de aanzienlijke burgerij. De periode van zeer snelle toename der stadsbevolking valt in Nederland in het laatste kwart van de negentiende eeuw (Verg.*Grote Winkler Prins*, onder stadsnamen): in die jaren lijken de uitgaansbeperkingen alweer te minderen. Lofland, *op. cit.* baseert haar veronderstellingen ('I am suggesting...' t.a.p. 65) op anekdotische gegevens over Victoriaans Londen. De bevolking van Londen is in de periode 1800-1840 bijna vertienvoudigd (*Encyclopaedia Brittanica*, 'London') en in die periode verbreidden zich ook de uitgaansbeperkingen onder de kleine burgerij. De bevolking van Parijs groeide veel gelijkmatiger sinds 1700 met een versnelling in de jaren 1855-1865 (*Larousse, Grand Dictionnaire Universelle*, 'Paris').
Behalve voor Londen is uit de ontwikkeling van de bevolkingscijfers geen direct verband af te leiden, met de verspreiding van uitgaansbeperkingen. De samenhang is waarschijnlijk ingewikkelder: de nieuw aangekomenen moesten ook onrust wekken en verontrusting onder de kleine burgerij in de steden; de statistieken van geweldscriminaliteit zouden een koppeling kunnen aangeven tussen stedelijke bevolkingsgroei enerzijds en anderzijds bedreiging van de kleinburgerlijke levenssfeer. Maar die verontrusting heeft ook te maken met het feitelijk verkeer tussen de standen, de onvermij delijkheid van contacten, de mate van buurtgewijze segregatie (in de loop van de negentiende eeuw worden in de nieuwe stadsuitleg de wijken elk voor een afzonderlijke klasse ingericht, waar tevoren rijk en arm veelal dooreen woonden). Van belang is ook in hoeverre de kleine burgerij zich oriënteerde op de gedragscodes van de *grande bourgeoisie*, of op de gebruiken in andere, grolere steden: 'das hab'ich in Paris gelernt'.

15 Lofland, *op. cit.*, blz. 65.

16 N. Elias bespreekt in het kader van een algemene theorie deze vermijding en buitensluiting van buitenstaanders door gevestigden en gebruikt daarbij de term ‘smetvrees’; Norbert Elias, *De gevestigden en de buitenstaanders; Een studie van de spanningen en machtsverhoudingen lussen twee arbeidersbuurten*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1976, blz. 45.

17 Zo, terloops, in A.L.G. Bosboom-Toussaint, *Majoor Frans* (1874), Wageningen 1977, blz. 172; op het verwijt dat hij zijn dochter niet uit laat gaan antwoordt de vader: ‘Daarbij is er geen chaperon; ik ken hier de vrouwen niet.’ Ook:, idem, *Mejonkvrouwe de Manléon* Den Haag 1848, blz. 6.

18 Aletta Jacobs, *Herinneringen* (1924). SUN, Nijmegen 1978, blz. 70-3. Zie bijvoorbeeld ook: Simone de Beauvoir, *Een welopgevoed meisje* (vert, van *Mémoires d'une jeune fille rangée*. Agathon, Bussum 1977, blz. 157, 178, 272, 281; C. Amory, *The proper Bostonians*. Dutton, New York 1947.

19 L. Stratenus, *De opvoeding van de vrouw; Kleine handleiding voor gegoede standen bewerkt*. Amsterdam 1891, blz. 81.

20 *Op. cit.*, blz. 84.

21 D.H. Engelberts, *De goede toon; Een wegwijzer enz*. Van Raven, De Rijp 1895, blz. 288.

22 Bijvoorbeeld over Victoriaans Londen: Duncan Crow, *The Victorian woman*, Allen & Unwin, Londen 1971, blz. 81; over negentiende-eeuws Boston, Amory, *op. cit.*, blz. 123-130. Van systematisch gedocumenteerd onderzoek naar deze uitgaansbeperkingen is mij ondanks veel naspeuringen niets gebleken.

23 Zie bijvoorbeeld, Eli Zaretsky, *Capitalism, the family, and personal life*. Harper, New York, etc. 1976, blz. 56 e.v.

24 Bijvoorbeeld, Amory, t.a.p., blz. 123; Jacobs, t.a.p., blz. 70; E.C. van de Mandele, *Het wetboek van mevrouw Etiquette in 24 artikelen*. Utrecht 1897. blz. 133; Richard Sennett, *The fall of public man; on the social psychology of capitalism*, Vintage, New York, blz. 217, memoreert dat de sociale herkomst van de vrijpostige man ook ter zake doet: ‘if this same worker were to have accosted a middleclass woman for the same information, it would have been an outrage.’

25 M. de Viroflay, *Plichten en vormen voor beschaafde mensen*. Amsterdam 1918, blz. 69.

26 Stratenus, *op. cit.*, blz. 94-5.

27 A. Querido, ‘Gedachten over de evolutie van het ziekenhuis’. In: *De Gids* 136 (9/10), 1973, blz. 619-628.

28 N. Bruck-Auffenberg, *De vrouw ‘comme-il-faut’*, (vrij bewerkt naar het Duits), Leiden, 1897, p. 28.

29 T.a.p., p. 110. Dat is sindsdien de strekking van aanbevelingen over het uitgaan: Jeanne Kloos-Reyneke van Stuwe, *Gevoelsbeschaving; Handboek voor huis en gezelschapsleven*, Rotterdam, 1927, p. 125: ‘Een dame kan tegenwoordig zeer goed alleen reizen’; Amy Groskamp-ten Have, *Hoe hoort het eigenlijk?*, Becht, Amsterdam, 6e dr. z.j. (1930?): ‘De tijden zijn voorbij, dat een vrouw-alleen niet in een café zou kunnen plaats nemen zonder hinderlijk aangestaard of op andere wijze lastig gevallen te worden.’ (P. 73).

30 Jonkvr. H.A. Rappard, *Goede monieren; Wat men doen en laten moet in het dagelijksch leven*, Haarlem, (4e dr.), 1920, p. 110.

31 Over damescafés: G.H. Jansen, *De eeuwige kroeg; Hoofdstukken uit de geschiedenis van het openbaar lokaal*, Boom, Meppel 1976. Over damescoupés in treinen: J.M. Fuchs en W.J. Simons, *De reizende mens; Openbaar vervoer in grootmoeders tijd*, Ruys. Amsterdam 1968. Ook: Kloos-Reyneke van Stuwe, op. cit. p. 125: ‘Bovendien heeft men nu immers overal de damescoupé's.’ Verg. Stratenus, op. cit., pp. 82 e.v.: ‘De damescoupé's hebben de zaak veel veiliger gemaakt, en toch nog blijft het gevaarlijk.’ Voigt het relaas van een ongewilde ontmoeting met een slager met bebloed voorschoot in de damescoupé.

32 Bijvoorbeeld 'smiddags in de Kalverstraat in Amsterdam (Zie Van de Mandele, op. cit., p. 123, Aletta Jacobs, op. cit., p. 70, de hierboven aangehaalde passage; of de Scheveningse Bosjes in Den Haag, (Van de Mandele, ibidem).

33 Lofland wijst erop hoe sommige straten en wijken als gevaarlijk bekend raken in alledaagse conversaties en in de massamedia: ‘locational socialization’. De feitelijke geldigheid van zulke waarschuwingen is in vele opzichten irrelevant: ‘As a general principle, then, one might say that for the city dweller, accentuating the negative is always the better part of valor.’, op. cit., p. 104.

34 M. Benedikt, ‘Über Platzschwindel’, *Allgemeine Wienerische Medizinische Zeitung*, 15:40, 1870, p. 488 e.v.

35 C. Westphal, Die Agoraphobie; eine neuropathische Erscheinung; *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Band 3, Berlin 1872.
Edoardo Weiss, *Agoraphobia in the light of ego psychology*. Grune & Stratton, New York en London 1964, maakt melding van overeenkomstige observaties door François Leuret uit 1834 (blz. 2). Paul Errera, 'Some historical aspects of the concept, phobia'. In: *Psychiatric-Quarterly* 36, 1962. blz. 325-336, bevat een overzicht van verwijzingen naar fobieën sinds de oudheid en van vroege gevalsbeschrijvingen van agorafobie.

36 Westphal, *op. cit.*, blz. 160. Een aantal citaten werden in de rede in vertaling uitgesproken en zijn ook hier vertaald opgenomen.

37 Barthélemy Brun, *De l'agoraphobie; ses rapports avec les lésions auriculaires*, Lyon 1899, blz. 44.

38 *Handbuch der Psychologie, 3tte Band: Klinische Psychologie, 1ste Halbband* Göttingen 1977, blz. 349.

39 Het fobieën-project van het Psychologisch Laboratorium aan de Universiteit van Amsterdam heeft vele onderzoekingen opgeleverd; daaruit blijkt dat onder de aldaar aangemelde cliënten agorafobie de meest voorkomende fobie is, sociale fobie naar frequentie op de tweede plaats komt. De laatste fobie komt meer onder mannen voor, de eerste, de pleinvrees, meer onder vrouwen en in het algemeen onder mensen die een huiselijk leven leiden, zoals werklozen en bejaarden. Onno van Maanen en Carl Starren, *Inventarisatie van testmateriaal en een aantal sociale kenmerken van fobische patiënten*, (doct. scr. o.l.v. drs. M. Knoppers). Universiteit van Amsterdam 1976, blz. 37, geven een percentage van 75 procent vrouwen onder de agorafobici. Liesbeth Schäfer en Rob Fassaert, *Wat zijn dat voor mensen, ('onze') fobici?*, (doct. secr. o.l.v. drs. F. van Zuuren), Universiteit van Amsterdam 1975, blz. 51, 67 stellen het percentage vrouwen onder de agorafobici op 67 procent; als communis opinio uit de literatuur citeren zij: 'veel meer vrouwen agorafobisch dan mannen.' (p. 67). J.H. Marks en E.R. Herst, 'A survey of 1200 agoraphobics in Britain'. In: *Social Psychiatry* 5 (1), 1970, blz. 16-24, stellen het percentage vrouwen onder de agorafobici zelfs op 95 procent.

40 André Tuinier, 'Vermijding als modelgedrag; Over de kulturele kontekst van fobieën'. In: *Bulletin Persoonlijkheidsleer*. Psychol. Lab., Univ. v. A'dam, 7 (2), maart 1979, blz. 64-104, blz. 67, resp. 80. A. Tuinier interpreteert de gesignaleerde toename van de agorafobie in cultuur-historische termen. Aan G. Devereux ontleent hij de notie dat leken van psychiaters 'modellen van fout gedrag' overnemen, in dit geval een fobisch model; een gedachte die analoog is aan de algemenere notie van protoprofessionalisering (zie noot 3). In het proces van voortschrijdende individualisatie doen mensen nu angsten op die zij in termen van dit fobisch model kunnen vertalen en ter behandeling kunnen presenteren. Ook bij F.J. van Zuuren, *Slachtoffers van de openbare orde; Een culturele benadering van de agorafobie* (intern rapport, Psychol. Lab., Univ. v. A'dam), 1975, is een cultuur-historische interpretatie van de pleinvrees te vinden: de opkomst van idealen van persoonlijke uniciteit zijn strijdig met de organisatie van menselijke verhoudingen op grote schaal en deze spanning leidt tot agorafobische angsten.

41 Sigmund Freud, *Hemmung, Symptom und Angst*, (1926), Freud-Studienausgabe. Fischer, Frankfurt a.M.: 1971, Band VI, blz. 253.

42 *Ibidem*, blz. 269.

43 *Ibidem*, blz. 270.

44 Helen Deutsch, The genesis of agoraphobia. In: *International Journal of Psychoanalysis* 10, 1929, blz. 51-69 (gecit. bij Weiss, *op. cit*. blz. 7).

45 Zie ook de inleiding tot De Swaan c.s., *op. cit.*, blz. 29.

46 Weiss, *op. cit.*, blz. 98 e.v. beschrijft overeenkomstige symptomen bij Alessandro Manzoni in 1810.

47 J.T. Barendregt en A.A.M. Bleeker, 'Een geval van agorafobie bij een esoforie.' In: *De Psycholoog* 8, 1973, blz. 43-48, blz. 48.

48 W.F. Fry, 'The marital context of an anxiety syndrome'. In: *Family Process*, 1 1975, blz. 245-255, blz, 251. Vergelijk ook W.W.F. Schaper, 'Some aspects of the interaction between phobies and their partners' in: (J.C. Brengelman & W. Tunner, red.), *Behaviour Therapy - Verhaltenstherapie; Praktische und theoretische Aspekte*. Urban & Schwarzenberg, München etc. 1973: 'it is not always possible to isolate the phobia of some phobies from the social context. There are indications that the partner of a patient may remain well-adjusted and free of complaint thanks to the phobia of the other. The relationship can then be described as a mutual exchange of inconsistent behaviour.' (blz. 97). Een recent onderzoek van F. Milton en J. Hafner, (*General Archives of Psychiatry*) bevestigt deze conclusies volgens de *New York Times* 15/8'79).

49 Christopher Lasch, *Haven in a heartless world; The family besieged*. Basic Books, New York 1977.

50 Deze veronderstelling maakt begrijpelijk waarom de fantasieën van fobici, of van hysterici, of van 'perverten' telkens onderling zoveel overeenkomst vertonen, hoezeer ook bij ieder mens afzonderlijk ontstaan en betekenis zullen verschillen: ze komen niet uit een collectief onderbewustzijn, maar worden ontleend aan een overlevering van half-heimelijke, half-schertsende bakerpraatjes, griezelverhalen en stereotiepen die onder vorige generaties nog tot de openbare mening behoorden.

51 Zie voor literatuurverwijzingen de noten bij paragraaf 5.

52 Cas Wouters, 'Is het civilisatieproces van richting veranderd?' In: *Amsterdams Sociologich Tijdschrift* 3.(3), december 1976, blz. 336-360.

53 *Op. cit.*, blz. 345, ontleend aan een ongepubliceerd artikel van N. Elias.

54 Sinds 1900 is het aantal 'schuldigverklaringen' wegens agressieve misdrijven met nog geen 20 procent gestegen, terwijl de bevolking in die tijd bijna verdrievoudigd is. 'Wederspannigheid' is sterk afgenomen, het aantal mishandelingen ongeveer gelijk gebleven, het aantal gevallen van moord en doodslag schommelde tussen de 17 en de 50, maar is sinds 1965 stijgende tot 120 in 1976. Het aantal seksuele misdrijven nam toe tot 1950 en daalt gestadig sindsdien. Het aantal schuldigverklaringen wegens vernieling bleef tot het eind der jaren veertig constant en stijgt sindsdien (van ongeveer 1000 tot 2360 in 1975). Zie *Zeventig jaar statistiek in tijdreeksen 1899-1969*. Centraal Bureau voor de Statistiek, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1970.
'De vrouw als slachtoffer van aanranding en verkrachting krijgt verhoudingsgewijs veel aandacht van het publiek. Deze belangstelling wordt overigens niet gerechtvaardigd door de statistische omvang van de zedendelicten. Deze is namelijk zeer klein en neemt nog steeds af.' Naar de werkelijke omvang van dit delict zijn een aantal onderzoeken gedaan: daarbij gaf telkens een half procent der vrouwen op in dat jaar slachtoffer geweest te zijn van een zedendelict, dan wel van aanranding, de meesten deden geen aangifte. 'De omvang die uit het onderzoek blijkt, is echter niet zo hoog dat er reden is voor vrouwen om zich onveilig te voelen.' J.L. Meyer, *Sociale atlas van de vrouw*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1977.

55 Integendeel, de verontwaardiging is toegenomen: 'The rape perpetrated by a working-class man on a working-class woman was treated by magistrates as a rather humorous interlude.' Benjo Maso, 'Beheersing en scheidslijnen; Een kritiek op de civilisatietheorie van Norbert Elias'. In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift 5* (2), Oktober 1978, blz. 258-283, blz. 262. (Ontleend aan Pearsall).
Over de impulsbeheersing onderjongeren: J.M.W. van Ussel, *Geschiedenis van het seksuele probleem*. Boom, Meppel 1968, blz. 66: 'Gaat men de toestand na in een bioscoopzaal (d.i. in een omgeving waarin het moderniseringsproces ver gevorderd is), dan constateert men er de aanwezigheid in de halve duisternis van mannen en vrouwen, jongens en meisjes, die zonder toezicht van buitenaf (zonder Fremdzwang) toch niet bevreesd hoeven te zijn voor een uitbarsting van affecten van aanwezigen.'

56 L. Chertok en R. de Saussure, *Naissance du psychanalyste*. Payot, Paris 1973, wijzen op het nu onmiskenbaar erotische en zelfs pornografische karakter van negentiende-eeuwse handboeken over seksuologie en plaatwerken over hysterische vrouwen (blz. 128). Tegenwoordig treedt deze gelijktijdige opwekking van lust en morele afkeuring op als het over geweld en oorlog gaat. Michael Herr, *Dispatches*. Avon, New York 1978, blz. 265: een van zijn romanfiguren ontvangt terug uit Vietnam 'a letter from a British publisher, asking him to do a book whose working title would be "Through with War" and whose purpose would be to once and for all "take the glamour out of war". Page couldn't get over it. "Take the glamour out of war! I mean, how the bloody hell can you do *that*!"'

57 David Riesman (with N. Glazer en R. Denney), *The lonely crowd*. Yale U.P. New Haven etc. 1963, blz. 81.

58 'Those issues about which members of a given society feel strongly all reveal a conflict one side of which is strongly emphasized, the other side as strongly (but not quite succesfully) repressed.' Philip E. Slater, *The pursuit of loneliness: American culture at the breaking point*. Beacon Press, Boston 1970, blz. 3.

59 In een uitvoerige beschouwing over tijd en tijdsbepaling bespreekt N. Elias hoe de toenemende bindingen aan anderen ook leiden tot een verscherpt en nauwkeuriger tijdsbesef: Norbert Elias, 'Een essay over tijd'. In: *De Gids* 137 (9/10), 1974, blz. 600-8; 138 (1/2), 1975, blz. 50-9; 138 1975, (5/6), blz. 367-377; 138 1975, (9), 587-600 (vert. van een ongepubl. Engels ms. door G. van Benthem van den Bergh).

60 Zie Christopher Lasch, *The culture of narcissism; American life in an age of diminishing expectations*. Norton, New York 1978, blz. 41 e.v. voor een opsomming van commentaren uit psychotherapeutische kring over de verschuiving in symptomen.
61 Richard Sennett, *op. cit.*, blz. 182: 'To be sure, the medical analyses of these complaints were psychological, but the diagnostic reports all radiate from a common scene: a fear of involuntarily, eratically expressing oneself, from one's bodily needs to one's feelings in the family circle... when a society proposes to its members that regularity and purity of feeling are the price for having a self, hysteria becomes the logical, perhaps the only means of rebellion.' Zie ook Chertok en de Saussure, *op. cit.*; John S. en Robin M. Haller, *The physician and sexuality in Victorian America*. University of Chicago Press, Urbana etc. 1974, blz. 102.
62 F. Weinstein en G.M. Plat, *The wish to be free; Society, psyche and value change*. University of California Press, Berkeley 1969, brengen juist deze politieke ontwikkelingen van democratisering, verlichting en de revoke tegen het gezag en de vader met elkaar in historisch verband.
63 J.A.A. van Doorn, *Sociologie van de organisatie; Beschouwingen over organiseren in het bijzonder gebaseerd op een onderzoek van het militaire systeem*. Stenfert Kroese, Leiden 1956, spreekt in dit verband van het 'laat-organisationele stadium'.
64 Amitai Elzioni, *The active society: A theory of societal and political processes*, Collier-Macmillan/Free Press, London, New York 1968, besteedt veel aandacht aan dergelijke 'inauthenticity', ook van instellingen (blz. 635).
65 Zie ook: A. de Swaan, 'De mens is de mens een zorg' in deze bundel.
66 T.W. Adorno, *Eingriffe; Neun kritische Modelle*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1963, blz. 100-101.
67 *Op. cit.*, blz. 101.
68 Herbert Marcuse, *One-dimensional man; Studies in the ideology of advanced industrial society*, Beacon Boston 1968, blz. 72.
69 Philip Slater, *op. cit.*, blz. 92.
70 Reimuth Reihe, *Sexualiteit en klassenstrijd*. Meulenhoff, Amsterdam, 1969, blz. 86: 'Maar deze liberalisering is niet identiek met een vrijheid die boven het doel van de voortplanting uitgaat, maar zelfs een regressie tot onder het niveau van de dwangmatige genitaliteit. Historisch kan men dan spreken van een collectieve dissociatie (uit elkaar vallen) van de genitale driftstructuur; drift-economisch wordt, wat het afzonderlijke individu betreft, de genitale fase van de seksualiteit niet meer of nog slechts fragmentarisch bereikt.'
71 Sennett, *op. cit.*, blz. 326-7.
72 *Op. cit.*, blz. 329.
73 Lasch, *op. cit.*, 1977, blz. 183.
74 Lasch, *op. cit.*, 1978, blz. 25.
75 Lasch, *op. cit.*, 1977, blz. 189.
76 Lasch, *op. cit.*, 1977, blz. xvi.
77 Sigmund Freud, *Die Zukunft einer Illusion, (1927) Freud-Studienausgabe*, Band IX, Fischer, Frankfurt a.M. 1974, blz. 177.
78 Christien Brinkgreve en Michel Korzec, 'Margriet weet raad; Gevoel, gedrag moraal 1954-1974'. In: *Amsterdams Sociologish Tijdschrift* 3 (1), mei 1976, blz. 17-32, blz. 28. Een uitvoeriger studie is verschenen in boekvorm: *Margriet weet raad. Gevoel, gedrag, moraal in Nederland 1938-1978*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen, 1978.
79 Elias, *op. cit.*, 1969, I, blz. 257.
80 Wouters, *op. cit.*
81 *Op. cit.*, blz. 341.
82 Elias, *op. cit.*, 1969, II, blz. 418.

5 Terreur als overheidsdienst

Voortdurend, nu ook, worden ergens politieke gevangenen mishandeld. Wie dat tot zich door laat dringen, voelt zich angstig, kan zich kwaad maken en ontkomt niet aan het besef van een nederlaag: martelen is onaanvaardbaar, en toch gaan er mensen mee door, zonder dat alle anderen er een eind aan maken. De gedachte wekt nieuwe woede, die het gevoel van onmacht even verdrijft, maar die toch niets anders blijkt dan machteloze woede. Morele verontwaardiging is onverdraaglijk voor mensen omdat ze hun onmacht ervaren juist wanneer ze machtig zouden willen, mogen en moeten zijn. De uitweg voor het gevoel kan dan zijn om die emotie tenminste aan een ander aan te doen, die het ook niet goed verdragen kan. Misschien is dat het emotionele motief in veel morele campagnes waarin mensen elkaar hun verontwaardiging overdragen om elk voor zich hun onmacht te kunnen vergeten. Het vindt ook steun in de werkelijkheidszin: de massale omvang van het protest zou ook in feite iets aan de wantoestanden kunnen veranderen.

1

Amnesty International is erin geslaagd ruime publieke aandacht te vestigen op martelingen die politieke opposanten worden aangedaan onder regiems die alleen al daardoor die oppositie lijken te rechtvaardigen. Het probleem van Amnesty is niet in de eerste plaats mensen te overtuigen van de verwerpelijkheid van martelpraktijken.

Veruit de meeste mensen keuren opzettelijke en systematische lichamelijke pijniging af als behandelingswijze van politieke gevangenen; heel vaak ook als het gaat om politieke tegenstanders, zelfs doodsvijanden. Die afwijzing breidt zich uit in tweeërlei betekenis: martelingen worden afgewezen voor steeds meer categorieën gevangenen en die afkeuring wordt gedeeld door een toenemend aantal mensen. Ten tijde van de Reformatie werd het goed recht van de in-

quisitie aangevochten in naam van de vrijheid van geloof en geweten en zochten andersgelovigen naar fundamentele argumenten tegen de foltering van ketters. In het Verlichtingstijdperk probeerden juristen en filosofen onaantastbare grondslagen te vinden voor rechtspraktijk en strafstelsel waarbij de strafvormen beperkt en geregeld moesten worden. Tegen het eind van de negentiende eeuw troffen de mogendheden regelingen die de mishandeling van krijgsgevangenen moesten voorkomen. Door de Tweede Wereldoorlog werden meer mensen dan ooit tevoren geconfronteerd met de gruwelen die staten hun tegenstanders kunnen aandoen en is de universalisering van het martelverbod versneld. Er zijn in deze ontwikkeling zeker ook terugslagen geweest, maar zelfs de nazi's en de stalinisten hebben nooit openlijk hun goed recht durven bepleiten om tegenstanders te folteren.

De universalisering van een norm is nog niet hetzelfde als de verabsolutering ervan: het kan zijn dat iemand een verbod onderschrijft, oprecht en met heftigheid, maar zich toch omstandigheden voor kan stellen waarin na zorgvuldige afweging marteling alsnog toelaatbaar schijnt. Het tamelijk absolute karakter van het martelverbod kan blijken uit de moeite die het kost om omstandigheden te bedenken waaronder marteling aanvaardbaar zou zijn en uit de weigering van folteraars om zelfs maar te proberen hun handelwijze in het openbaar te rechtvaardigen met verwijzingen naar zulke uitzonderlijke omstandigheden.

Het probleem van Amnesty is dan ook niet zozeer mensen te bekeren tot een afwijzing van martelpraktijken, afwijzing die tamelijk absoluut wordt en universeel raakt in tweeërlei zin, maar de opgave voor Amnesty is om het tot mensen te laten doordringen dat er in feite gemarteld wordt, in deze tijd, door een veelheid van regiems met een verscheidenheid aan politieke overtuigingen. Het zou kunnen lijken dat de moeilijkheid in de berichtgeving steekt. Maar eigenlijk weten de meeste mensen het allang, niet van alle gevallen, maar van genoeg. Het is niet dat mensen het niet weten, maar dat ze voortdurend doende zijn het te vergeten. Mensen hebben dagwerk aan niet-zien, niet-horen, niet-voelen, niet-weten, niet-herinneren, niet-denken en niet-begrijpen. Termen als ‘informatie’ en ‘communicatie’ helpen op zichzelf al in het vergeten dat mensen juist gedurig bezig zijn feitenkennis en onderling begrip te vermijden. Wisten de mensen meer en begrepen ze beter, suggereren de termen en het ethos dat erachter

schuilt, dan zouden ze beter kunnen omgaan met zichzelf en elkaar. Verhuld blijft dat er onverdraaglijke feiten zijn en dat mensen elkaar al te goed kunnen begrijpen.

Het nauwelijks te verdragen feit is immers dat niet lang geleden in dit land en nu niet ver hiervandaan, in 'bevriende', in door velen bewonderde landen, in vakantielanden, bij handelspartners, systematisch en opzettelijk gevangenen gemarteld worden. Dat verwijst naar een nog moeilijker te dragen waarheid: dat hier en nu mensen zich maar ternauwernood niet aan elkaar vergrijpen. Dat het maar net en met moeite lukt in dit land geweldpleging door leger en politie te bedwingen wanneer de conflicten hoog oplopen of de arrestanten nogal afwijkend zijn. Dat nog maar sinds weinig eeuwen het straatverkeer zonder gedurig gevecht verloopt en dat ook nu nog op sommige plaatsen de mensen voor elkaar niet veilig zijn. Alleen door er nooit over na te denken kan het vanzelfsprekend blijven dat de ene mens de ander niet te na komt. Feit is dat mensen met maar weinig overmacht al een ander mensenlijf kapot kunnen maken en dat ze het vaak doen ook.

Het geweld in het binnenlands maatschappelijk verkeer is nog niet zo lang bedwongen en nooit helemaal. Hun eigen gewelddadigheid hebben mensen ook maar net in de hand en het is voor de meesten geen geringe opgave om levenslang hun handen thuis te houden. Dat juist intellectuelen zo geschokt zijn door het geweld van folterpraktijken, kan ermee samenhangen dat juist zij zo rigoureus alle lichamelijke machtsuitoefening hebben afgezworen, vrouw of kinderen nooit slaan, met andere mannen nooit vechten en ook geen enkele aanvaardbare vorm van gevecht kennen. Elke ingreep op het lichaam van een ander zonder diens toestemming is uitgesloten. Die strikte en vérgaande geweldsbeheersing maakt inzicht in andermans gewelddadigheid nog eens zo bedreigend voor eigen zo zorgvuldig opgebouwd evenwicht.

Mensen hebben reden te over om niet van Amnesty te willen weten, om martelpraktijken te loochenen, zoals ze ook feiten over voedseltekorten of over oorlogsdreiging afhouden. En Amnesty is een van de organisaties die dit grote vergeten tegenwerken. Dat wordt die bewegingen niet in dank afgenomen. Elke kleine ergernis is welkom om ze buitenspel te kunnen zetten. Het is dan ook te merken dat de leden van Amnesty bedreven zijn in het vermijden van aanleidingen tot zul-

ke welkome irritaties. Het optreden van de vereniging naar buiten is onberispelijk; bij gebrek aan beter kan dan juist die onberispelijkheid dienen als bron van benodigde irritatie en als grond voor het afweren van ongewenste boodschappen: in die zin vervullen diskwalificaties als ‘elitair’, ‘burgerlijk’, ‘juristisch’ eenzelfde afweerfunctie als ‘langharig’, ‘idealistisch’, ‘provocerend’ bij andere organisaties die mensen ongenood aan onaangenaamheden komen herinneren.

Amnesty hanteert het martelverbod universeel en absoluut. In die zin wil Amnesty een metapolitieke beweging zijn: een die geen politiek bedrijft maar zich richt op de voorwaarden waaronder politiek überhaupt bedreven kan worden.

Amnesty hanteert verschillende strategieën in het bestrijden van politieke onderdrukking en vooral van marteling van politieke gevangenen. Sommige verlopen blijkbaar geheel binnenskamers, zoals de confrontatie van regiems met belastende feiten onder dreiging van openbaarmaking. Andere, zoals de gaande campagne legen het martelen, berusten op een zo wijd mogelijke bekendmaking van de feiten. Zoals gezegd, wie van zulke feiten besef heeft, krijgt alleen daardoor al de neiging ze met anderen te delen om niet helemaal in eigen onmacht te blijven steken. Maar er zijn ook verstandelijke beweegredenen om zoveel mogelijk mensen telkens weer de realiteiten in herinnering te brengen. De grondgedachte daarbij is dat regeringen zich in het internationaal verkeer makkelijker bewegen naarmate ze een zekere mate van moreel gezag kunnen laten gelden.

Kennelijk menen ook regeringen die zich aan marteling schuldig maken, dat die mare hun internationaal aanzien zal aantasten, getuige de hardnekkigheid waarmee beschuldigingen worden ontkend: ook zulke loocheningen impliceren een erkenning van het martelverbod. Amnesty beschikt dus blijkbaar over een zekere *nuisance value*, een vermogen niet om de tegenpartij te dwingen, maar om haar althans te schaden, in dit geval door diens internationale goodwill aan te tasten met grootscheepse onthullingsacties.

Precedenten voor ingrijpende internationale hervormingen onder de druk van openbare meningsvorming zijn bijvoorbeeld de afschaffing van de slavenhandel en de invoering van oorlogsconventies. Het kan een twistpunt zijn in hoeverre publieke opinies deze veranderingen hebben afgedwongen en in hoeverre heel andere maatschappelijke ontwikkelingen, zonder enige opzet, de ontwikkelingen teweeg

hebben gebracht. Misschien is publieke verontwaardiging toen niet voldoende geweest en is dat nu ook niet voor de afschaffing van het martelen, maar niemand heeft nog beweerd dat de wijdverbreide afkeer van de slavenhandel het verbod niet heeft versneld, of dat de ontsteltenis over nieuwe wapens en strijdmethoden de ontwikkeling van het oorlogsrecht niet heeft bevorderd.

De campagnes van Amnesty zullen zeker niet afdoende zijn, maar naarmate ze zich uitbreiden kunnen ze in het krachtenevenwicht waarbinnen ook folteraars moeten werken, een verschuiving helpen bewerkstelligen waardoor martelpraktijken schaarser worden. Het zou ook kunnen gebeuren dat het onbedoeld effect van de campagnes van Amnesty blijkt te zijn dat in plaats van die foltermethoden andere behandelingswijzen komen, minder of even ongewenst en mettertijd misschien weer te bestrijden.

Om enig inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van internationale protestacties tegen het martelen, is het nuttig na te gaan in wat voor verhoudingen zich de martelpraktijken afspelen, hoe de folteraars zich verhouden tot hun binnenlandse publiek, tot hun politieke leiders en tot elkander.

2

Grove lichamelijke en geestelijke mishandeling met regelmaat en opzet kan binnen een regiem heel verschillende functies hebben. Zulke martelingen zijn in sommige landen, zoals vroeger ook in het Westen, strafvormen, onderworpen aan de regels van wet en gewoonte, omkleed met waarborgen van strafvordering en -tenuitvoerlegging; straffen dus als alle andere, zij het in moderne ogen ‘cruel and unusual punishment’. Maar in veruit de meeste gevallen van marteling komen zulke behandelingen in de geldende strafwet helemaal niet voor. Het betreft praktijken die ook in de landen waar ze op grote schaal bedreven worden een vaste rechtsgrond missen; ze moeten worden opgevat als horende tot de bestuurlijke vrijheid, de politionele, militaire en correctionele discretie, als ze al niet bij wet uitdrukkelijk verboden zijn... en vaak zijn ze met zoveel woorden onwettig. Er zullen in veel landen wel dubbelzinnige en vage circulaires of dienstbevelen bestaan, waarvan de geldigheid evenals de strekking dubieus is. Dikwijls bestaan er in de betreffende landen wel wetsregels die al-

thans in theorie bestraffing van de folteraars mogelijk maken, en in het volkenrecht zijn zulke regels aan het ontstaan. Ook al is bestraffing onwaarschijnlijk, vaak bestaat toch juridische mogelijkheid ertoe. De huidige rechtspositie van het folterpersoneel is uiterst zwak. Dit kan in de bestrijding van martelingen nog een belangrijk gegeven blijken.

In deze tijd worden martelingen vooral bedreven binnen grote organisaties als een leger of een politieapparaat en met twee nogal verschillende bedoelingen. In het eerste geval moet een militair of politieel apparaat inlichtingen zien te krijgen over de capaciteiten, verrichtingen en bedoelingen van zijn tegenstanders. In de geregelde oorlogvoering verbiedt het oorlogsrecht de mishandeling van krijgsgevangenen en dat verbod is tamelijk effectief gebleken, al was het maar omdat de gelijkvormigheid van de strijdende partijen de kans op wederkerigheid in de behandeling van gevangenen vergroot. Maar in de ongeregelde oorlogvoering, zoals de guerrilla, het partizanenverzet, de stadsondergrondse ontbreekt die gelijkvormigheid van partijen en geldt ook geen oorlogsrecht. Er is al evenmin sprake van overzichtelijke fronten waar waarnemers en correspondenten enig toezicht zouden kunnen houden. Juist deze ongeregelde conflicten doen zich nu vaker voor dan vroeger. In zulke beweeglijke, onvoorspelbare, kortstondige strijdsituaties is het van het uiterste belang om inlichtingen te krijgen over de tegenstander; voor de heersende of bezettende partij met toch al bekende en zichtbare machtsposities meer nog dan voor de oppositionele krachten, die immers vaak uit een schuilplaats en bij verrassing toeslaan.

In dergelijke strijdsituaties zijn martelingen meestal niet ingegeven door een van boven afgekondigd beleid, maar doen zich in het begin in uitzonderingssituaties tamelijk onverwachts voor. Wanneer een kleine eenheid in moeilijkheden is geraakt, een officier het leven van zijn manschappen bedreigd ziet, en wanneer het lijkt dat een gevangene de reddende inlichtingen kan geven als hij praten wil. Daar lijkt dan niet zoveel voor nodig, al een paar klappen zouden bij de gevangene zijn weerstand kunnen breken. Er is op zulke benarde momenten geen grens waar harde ondervraging overgaat in foltering en als die al was aan te geven, dan nog stond er te veel op het spel voor de mensen die de situatie willen overleven. Maar als bepaalde wreedheden werkzaam zijn gebleken, is het moeilijk voor een officier om

ze in een volgende bedreigende episode niet nog eens toe te passen. Zijn manschappen zullen het eisen voor hun eigen veiligheid, zijn superieuren zullen rekenschap vragen als de operatie dit keer niet gelukt. Nog een andere reden drijft tot herhaling: folteraars hebben er belang bij medeplichtigen te maken; hoe meer mensen immers hetzelfde hebben gedaan, hoe gewoner hun eigen wandaden worden, hoe minder belastend voor eigen geweten en voor mogelijke tribunalen. Hoe meer mensen ook medeplichtig zijn, hoe kleiner de kansen op aanklachten en onthullingen uit eigen kring.

Hogere commandanten, op hun beurt, hebben er alle belang bij om martelpraktijken te negeren, want wat ongeweten blijft hoeft ook niet verantwoord te worden. Zolang de methodes effectief lijken voor het welslagen van de operaties, is het ook moeilijk om ze te beperken; de opdracht van bevelvoerders is om een oorlog te winnen en niet om normen te handhaven als toch niet valt te bewijzen dat zij van de overtreding op de hoogte waren.

Twee aspecten zijn hierbij van belang: ten eerste, het martelen van gevangenen berust meestal helemaal niet op een vooropgezette beleidslijn, maar gebeurt in het begin vaak op initiatief van de laagste officieren die het als noodmaatregel toepassen, incidenteel - voor deze ene keer, en incrementeel - als een kleine verscherping van de behandeling. Officieren hebben belang bij het welslagen van hun acties, niet bij de humane behandeling van gevangenen, zij hebben er ook belang bij anderen medeplichtig te maken aan dezelfde vergrijpen. Hogere commandanten zijn erbij gebaat te kunnen volhouden dat ze niet weten hoe dat gebeurt. Wie zich wil verplaatsen in de positie van een officier te velde in een ongeregelde strijdsituatie, kan zich voorstellen dat de omstandigheden dringen, soms dwingen tot mishandeling van krijgsgevangenen. Cadetten hebben eigenlijk recht op die waarschuwing.

Een ander aspect betreft de verhouding tussen het politiële of militaire apparaat en het burgerlijk gezag. Het gebeurt vaak dat leger of politie vrij plotseling een enorme taak krijgen toegeschoven in de regeling van het maatschappelijk verkeer (het ‘neerslaan van een rebellie’), een opgave waarin de daartoe opgezette burgerlijke instanties niet zijn geslaagd. Een beleid dat in eerste instantie al mislukt is, moet nu afgedwongen worden met geweld: ‘Pacificatie van Indonesië’, ‘Algérie française’, ‘een vrij en democratisch Zuid-Vietnam’... In het be-

gin lijkt het meestal te gaan om een beperkte militaire aanvulling op het burgerlijk bestuurswerk, een opgave die een leger niet zou kunnen weigeren zonder het eigen bestaansrecht te ondergraven en niet zou willen afwijzen vanwege kansen op promotie, oefening, machtsvergroting. Geleidelijk blijkt dat het geweldsapparaat allerlei taken moet gaan uitoefenen waarop het niet berekend is. Het leger wordt ook een bestuursorganisatie die met alle eigen middelen een beleid moet uitvoeren waartoe een complexer, meer ervaren burgerlijk bestuur niet in staat was.

3

De tweede functie van martelingen - die al even werd aangeduid - is afschrikking. Deze doelstelling is in dit kader het belangrijkst, omdat zij leidt tot de meest grootscheepse en langdurige foltersystemen. Zo zijn massale organisaties gegroeid, waarin folterspecialisten opereren en waarin marteling systematisch, professioneel en bureaucratiseh wordt bedreven, met de min of meer expliciete bedoeling om bevolkingen angst aan te jagen en te intimideren. Het kan weliswaar voor iedere afzonderlijke gevangene lijken dat het zijn beulen om hem te doen is, dat zij van hem bekentenissen willen afdwingen, hem bang willen maken of bestraffen - en misschien denken zijn folteraars dan vaak ook wel - maar waar martelingen bedreven worden op grote schaal en over een verloop van tijd, blijkt toch dat de externe effecten van het stelsel hoofdzaak zijn: de alomtegenwoordige angst, voor arrestatie, voor mishandeling, voor verminking, doorslaan, dood.

Het is de bedoeling dat mensen zich, telkens zullen afvragen of zij met hun daden geen risico's lopen voor zichzelf en voor de mensen om hen heen, dat zij niet alleen nalaten wat verboden is, maar alles mijden dat niet uitdrukkelijk is toegestaan. Zij moeten eigenlijk voortdurend proberen zich in te denken wat de machthebbers zouden willen dat zij deden, plaatsvervangend machthebber voor zichzelf worden. Dan is de voltooiing van het terreurregiem bereikt.

Ieder regiem van afschrikking en intimidatie behelst echter twee fundamentele tweeslachtigheden. Allereerst de ambivalentie tussen openbaarheid en geheimhouding van de afschrikkingspraktijken. Veruit de meeste burgers in een politiestaat weten dat er in hun land een staatsdienst voor mishandeling bestaat en toch is dat zelden of

nooit met zoveel woorden openbaar gemaakt. Het is publiek geheim, privé-kennis. Deze schemertoestand is wezenskenmerk van terreurregiems. Want als het bestaan en de werkwijze van het terreurapparaat voorwerp van openbare discussie zou zijn, dan zou ook een openbare toetsing van de terroristische praktijken aan de beleden idealen van het regiem plaatsvinden. Maar als die methoden geheel ongeweten zouden blijven, dan zouden ze hun afschrikwekkende werking verliezen. De terreur werkt dus door geruchtenstromen, via privé-conversaties en persoonlijke netwerken. Dat is wel gezien als een duivelse sluwheid van de opzet. Immers, ieder die erover spreekt, werkt zelf aan de afschrikking mee. Maar het heeft ook een belangrijk nadeel voor de gezagsaanvaarding onder bevolkingsgroepen: de beoordeling van de martelpraktijken gebeurt niet onder stelselmatige beïnvloeding door het regiem, maar aan de hand van particuliere maatstaven. Ook regiems die de politisering van hun burgers tot het uiterste voeren, moeten in zaken van repressie met particuliere oordelen genoegen nemen.

De tweede fundamentele ambivalentie in terreurregiems is die tussen rechtszekerheid en onvoorspelbaarheid. Als iedereen zeker zou weten op wat voor daden arrestatie en foltering zou volgen en welke straffeloos zouden blijven, zouden de meeste mensen de eerste nalaten en de andere zorgeloos bedrijven. Maar de bedoeling van een afschrikkingsapparaat is juist de mensen zoveel angst in te boezemen dat ze eigener beweging dingen zullen nalaten die anders moeilijk door het regiem konden worden opgespoord en voorkomen. Ook een politiestaat kan niet alle mensen altijd in al hun doen en laten bewaken. Omdat het regiem zijn eigen verbods- en gebodsbepalingen nu eenmaal niet ten volle, of zelfs maar ten dele kan afdwingen, moet het een negatief kansspel creëren, waarin het aan de burgers is om risico's te ontlopen. Vandaar dat een element van onvoorspelbaarheid insluipt in het opsporings- en strafstelsel. Ook rechtsstaten kennen zulke onzekerheid wat de opsporing betreft. Veel burgers beleven belastingontduiking, druggebruik, dronken rijden als negatieve kansspelen en veel beroepsmisdadigers maken risicoberekeningen in hún specialisme. Maar over wát strafbaar is bestaat grote zekerheid en over de strafmaat tamelijke stelligheid. In terreurregiems ligt de onvoorspelbaarheid juist in wat al of niet kan worden bestraft en in de vaak extreme consequenties.

Toch kan deze onzekerheid niet onbeperkt zijn. Als niemand meer weet wat tot arrestatie en mishandeling kan leiden, heeft angstige oppassendheid geen zin meer, zouden onderdanen onverschillig worden of juist driest. Het gaat erom burgers net genoeg aanwijzingen te geven om hen zichzelf voortdurend te laten afvragen wat de bedoelingen zijn van het regiem, net genoeg materiaal om voor zichzelf de bepalingen van de machthebbers te reconstrueren.

Zoals voorgaande opmerkingen over de relaties tussen een intimidatieapparaat en de erbij betrokken bevolkingsgroepen enig inzicht kunnen geven in de werking en effectiviteit van een terreurregiem, zo zouden aantekeningen over de interne organisatie van een dergelijke overheidsdienst en over de relaties met het politiek leiderschap iets kunnen zeggen over de beïnvloedbaarheid en de veranderbaarheid van buitenaf van afschrikkingsstelsels.

Ook als folterpraktijken in feite een wezensonderdeel geworden zijn van het centraal beleid, impliceert dat nog niet dat de leiding van een regiem die praktijken zo heeft opgezet en ook kan regelen. Om te beginnen geldt ook in gevestigde politiestaten dat hogere functionarissen er belang bij hebben om een overtuigende schijn van onwetendheid te bewaren ten aanzien van duistere praktijken in lagere regionen. Zo'n schijnbare schuldeloosheid is zelfs een belangrijk machtsmiddel: op elk moment kunnen politieke leiders proberen zich te ontdoen van hun beulsknechten door met groot vertoon van verontwaardiging de folterpraktijken openbaar te maken en te bestraffen. Omgekeerd krijgt een inlichtingen- en intimidatieapparaat een greep op de politieke leiders door de belastende gegevens die het ook over hen verzamelt en door de kleine hand- en spandiensten die het voor hen verricht. Nog op een andere, merkwaardige manier ontstaan onvoorziene wederzijdse afhankelijkheidsverhoudingen: naarmate het inlichtingennet fijnmaziger en uitgebreider wordt gelegd, komen uiteraard nieuwe belastende gegevens over nieuwe categorieën onderdanen aan het licht, blijkt eens te meer hoeveel weerstand nog verborgen is gebleven, hoezeer het regiem nog wordt bedreigd. Op die manier roept elk opsporingsapparaat zijn eigen noodzaak op.

Waarschijnlijk waren de meeste conversaties en malversaties als ze ongeweten waren gebleven ook onschadelijk geweest voor het regiem. Maar de politieke leiders die deze informatie onder ogen krijgen moeten wel op voortgezette repressie aandringen omdat ze an-

ders de verantwoordelijkheid voor verzwakking van het eigen regiem op zich laden. In dit zelfwerkend uitbreidingsmechanisme steekt een mogelijkheid voor ineenstorting van het onderdrukkingsapparaat: *information overload*. Weinig werk is zo tijdrovend als afluisteren, schaduwen, bespioneren, weinig gegevens zijn zo ondoorzichtig als particuliere conversaties en correspondenties. Een stroom van voornamelijk nietszeggende en meestal misleidende rapporten doet geleidelijk de politiearchieven dichtslibben. Elke poging tot systematisering moet voorbijgaan aan het veelbetekenend detail, de dubbelzinnige zinswending. Automatisering van de informatieverwerking helpt daarbij nu juist niets. Maar delegatie aan lagere ambtenaren of aan plaatselijke diensten kan ook gevaarlijk zijn: ondergeschikte functionarissen bouwen een eigen, beperkt informatiemonopolie op, en kunnen al te gemakkelijk een zelfstandig beleid gaan voeren tegenover hun cliëntèle.

In veel landen bieden de bewakings- en afschrikkingsdiensten ook werkgelegenheid aan de kleine vrienden van het regiem, niet de meest begaafde maar wel de meest betrouwbare activisten, afgezwaaide subalterne officieren, plaatselijke partijmilitanten, zetbazen in het verenigingsleven enzovoort. Werkten geheime politiediensten in de vorige eeuw nog met een kleine beroepskern en een netwerk van per verrichting betaalde verklikkers, in deze eeuw zijn massale organisaties ontstaan waarin duizenden, soms tienduizenden ambtenaren vaste kantoorfuncties bezetten. Functionarissen die allemaal juist iets te veel weten om hen zorgeloos te kunnen ontslaan of zonder meer in een andere werkkring te kunnen plaatsen. Ook als werkverschaffingsproject laat een terreurapparaat zich makkelijk uitbreiden en moeilijk inkrimpen of afschaffen.

4

De voorgaande overwegingen leveren aanwijzingen op over aard, effectiviteit en veranderbaarheid van terreurregiems. Het is wel duidelijk dat afschrikkingsdiensten erin slagen mensen alom angst aan te jagen, maar het is de vraag of daardoor onderdanen ook volgzamer en bereidwilliger overheidsbevelen opvolgen dan ze zonder zulke intimidatie zouden doen. De meningsvorming hierover wordt mede bepaald door een mythe die zelf deel is van de intimidatie: het onder-

drukkingsapparaat als demonisch-rationele organisatie; het volmaakte spiegelbeeld van de rationaliteit - omvattende feitenkennis en feilloze logica ingezet in de produktie van angst en pijn; ook de perfecte spiegeling van de demonie - tomeloze macht tot het kwade, maar zonder roes of passie, in kille berekening. De belichaming van het boze in deze eeuw is de demonisch-rationele onderdrukkingsorganisatie bij uitstek, de Gestapo.

De mythevorming van het demonisch-rationele politieapparaat is terug te voeren op eigenschappen van hedendaagse hervormingsregiems. Het technologisch moderniseringsstreven en de centralisering van de besluitvorming in zulke regeringen gaan samen met pretenties van omvattende plan-rationaliteit; zelfs de onderdrukking zou gepland zijn. Waar de aanspraken van zulke vernieuwingsregiems totaal worden, al het goede, schone en ware voor zich opeisen, moeten de tegenstanders voor niets teilen, zijn ze alleen nog maar te vernietigen, met alle middelen, de demonie.

Tegen deze achtergronden krijgen terreurapparaten hun rationeeldemonisch voorkomen. Dat versterkt nog eens de intimiderende werking, maar hoort ook tot de mystificatie.

Bewakings- en afschrikkingsdiensten zijn waarschijnlijk beter te begrijpen als bijzondere voorbeelden van overheidsbureaucratieën, ingesponnen in een web van ruil- en afhankelijkheidsverhoudingen, zelf dicht geweven uit gelijksoortige relaties tussen de leden van het apparaat.

In een dergelijke beschouwingswijze verliest de vraag naar de effectiviteit van terreurapparaten een groot deel van haar betekenis. Het blijkt dat terreurregiems gekenmerkt worden door velerlei tweeslachtigheden: om werkzaam te zijn moeten de martelpraktijken geheim zijn en toch bekend; er moet onvoorspelbaarheid zijn en toch ook een mate van rechtszekerheid; de voortdurende informatiestroom roept zijn eigen noodzaak op en maakt zichzelf ook zinloos. Het zou kunnen zijn dat deze ambivalenties ook innerlijke tegenstellingen zijn die in dialectische ontwikkeling elk terreurregiem tenslotte ondermijnen doordat met de angst de woede toeneemt, met de onzekerheid de driestheid, met de informatie de overbelasting en de achterdocht. Het zou ook kunnen dat er een terroristisch optimum bestaat, een juiste dosering van alle ingrediënten voor een efficiënt terreurregiem. Het ziet er niet naar uit dat historisch of sociologisch onderzoek daarover

dwingende conclusies kan bieden. Resultaten van onderzoek voor het ene regiem gelden maar ten dele voor latere tijden en andere landen. Gaande terreurregiems zullen geen bestuurssociologisch onderzoek toelaten. Maar het is ook niet erg waarschijnlijk dat zulke bevindingen, als ze ooit gefundeerd konden worden, veel invloed zouden hebben op de methoden van terroriserende regeringen. Overwegingen van efficiency zijn van meet af aan ondergeschikt geweest in de wording en verwording van een terreurapparaat. Maar waar zulke organisaties zich gevormd hebben zijn folteraars en politieke leiders aaneengeklonken met boeien van medeplichtigheid en wederzijdse afhankelijkheid en kunnen zich niet van elkaar ontdoen zonder zichzelf in gevaar te brengen.

Tot nu toe is Amnesty vooral succesvol geweest in hulp aan afzonderlijke, met name genoemde, gevangenen. In zulke acties kon een terroristisch stelsel als geheel buiten beschouwing blijven. Het is heel goed mogelijk dat een grootscheepse uitbreiding van protestcampagnes tegen martelpraktijken heel geleidelijk ook het afschrikkingsbeleid in sommige landen verandert. Publieke opinies in het buitenland kunnen het de folteraars en hun bewindslieden moeilijker maken dan voorheen, hen kunnen verleiden tot bezinning op het nut en de toelaatbaarheid van tot nog toe geloochende of nauwelijks overwogen praktijken. Maar zulke veranderingen zullen traag en moeizaam verlopen, omdat een terreurapparaat niet op zichzelf staat, maar verknoopt is met duizenden medeplichtigen, verklikkers, werknemers, carrièristen, die allemaal te maken hebben met de paar dozijn beroepsbeulen waar het eerst alleen maar om te doen scheen. Voor bijna ieder dossier in het archief is er iemand in het land die niet voorop zal willen gaan in de stormloop tegen een terreurapparaat. Misschien komt het einde van de intimidatie pas als mensen opeens van elkaar beginnen te merken dat zij hun kansen anders gaan wegen, om zich heen meer woede zien dan angst en het zelf ook zo gaan ervaren, en van elkaar niet meer geloven dat zij nog in de intimidatie geloven. Maar daarvoor moeten zich ontwikkelingen voltrekken waar Amnesty geen hand in heeft.

Het is mogelijk om op dit punt de aangegeven ontwikkelingslijnen door te trekken als verwachtingspatronen voor de toekomst. Dan zijn vooral twee veranderingsprocessen van belang. Het ene betreft moderne bureaucratieën, zoals ook afschrikkingsdiensten dat zijn;

het andere voltrekt zich in het wetenschappelijk onderzoek naar methoden van gedragsverandering. Als die twee ontwikkelingen samenkomen, zouden de gevolgen van campagnes tegen het martelen heel anders kunnen zijn dan bedoeld.

Het ligt voor de hand te verwachten dat ook in terreurorganisaties geleidelijk aan de kaderposities niet meer zullen worden ingenomen door ongeschoolde krachten uit de laagste regionen, die hun kwaliteiten bewezen hebben in het werk, maar dat in die functies academici terechtkomen die hun recht op die plaats ontlenen aan een of andere bijzondere technische of administratieve expertise: voor afschrikkingsapparaten zouden dat experts in gedragsverandering moeten zijn. Deze ontwikkeling is zo algemeen in moderne samenlevingen en hangt met zulke fundamentele veranderingen samen, dat het ook voor intimidatiediensten een tamelijk veilige veronderstelling is.

Gelijktijdig komen uit psychiatrie en gedragswetenschappen vernieuwingen die aan het beroep van afschrikkingsdeskundige theoretische en praktische inhoud zouden kunnen geven. Door hersenoperaties kunnen nu bijvoorbeeld geheugen en agressie gecorrigeerd worden, psychofarmaca kunnen een veel groter bereik van functies subtieler, maar minder ingrijpend en permanent, reguleren. Door de totale manipulatie van de omgeving over een verloop van tijd kunnen belangrijke psychische veranderingen bewerkstelligd worden. Er is een begin gemaakt met onvrijwillige leerprocessen door in de hersens ingeplante micro-elektrodes. Eenvoudiger middelen leveren minder spectaculaire resultaten, maar vaak even diepgaand en blijvend: methodieken van gedwongen groepsdiscussie, herhaalde bekentenis en zelfkritiek.

Al deze technieken hebben therapeutische toepassingen die vaak heel overtuigend lijken. Vooralsnog lijken ze dikwijls ofwel te grof voor het gewenste resultaat ofwel ze vereisen een zekere mate van medewerking van de betrokkene. Het is nog steeds niet eenvoudig om iets in iemand tegen zijn zin te veranderen zonder het te vernielen.

Terzelfder tijd is op ver uiteengelegen plaatsen in de wereld een ontwikkeling gaande in de meningsvorming rondom de psychiatrie. Psychische stoornissen worden meer en meer opgevat als mislukte regelingspatronen van drukkende groepsverhoudingen. Er is een vermaatschappelijking gaande van het psychiatrisch denken die nadert tot een politisering ervan. De nieuwe zienswijze zou ook kunnen wor-

den omgekeerd: politieke tegenstellingen zijn groepsverhoudingen die teruggaan op mislukte regelingspatronen van individuele impulsen. Dan is de politieke opposant niet langer een tegenstander die moet worden overtuigd of overwonnen, niet eens een misdadiger die straf verdient, maar een patiënt of, anders nog, een cliënt die recht heeft op hulpverlening van overheidswege. Zo een opvatting is misschien een millennium verder dan het beulswerk van de Gestapo, maar het is de vraag of dat het millennium is waar mensen op aan moeten.

Als deze verwachtingspatronen zich gezamenlijk verwerkelijken, zouden, mede onder de druk van Amnesty, de beulsknechten geleidelijk plaats maken voor wetenschappelijk gevormde hulpverleners in overheidsinstituten voor politieke herscholing, waar cliënten worden bijgestaan in het herzien van hun gedrag en denken, voor hun eigen bestwil in de eerste plaats. Het visioen is niet nieuw, maar het wint nog steeds aan contour. Hier blijft zelfs in het midden of het een verbetering of een verergering zou zijn in vergelijking met bestaande praktijken van marteling. Dat nu gemarteld wordt is zeker, en dat wordt nu bestreden door Amnesty. Wat verder nog gebeuren kan, en ten dele al gebeurt, mag van die folterpraktijken niet afleiden. Tegelijkertijd is het nodig, nu het onderscheid begint te vervagen tussen cliënt, zieke, misdadiger en tegenstander, of tussen hulp, genezing, straf en bestrijding, om zulke politieke verhoudingen opnieuw te doordenken.

6 Fanatisering en defanatisering

'*On périt quelquefois par trop de fermeté*.'
'- *Périssons, s'il le faut*.'
'*Ah, quel triste courage*.' - Voltaire, *Le Fanatisme*, I, 1

Fanatici verstoren de orde van het openbaar debat. Ze doen dat met een demonstratieve geste die moet aantonen wat de kwestie hun waard is. Een enkele keer weten zij zo de openbare mening te doordringen van het belang dat zij aan de zaak hechten, maar meestal lukt dat niet. Dan stokt de publieke discussie om even later voort te gaan, niet over de zaak zelf maar over de fanatici en hun schanddaad. Wat heeft hen ertoe gebracht? En hoe zijn ze er voortaan van te weerhouden? Fanatici proberen een politieke of morele kwestie aan de orde te stellen en worden zelf de kwestie. Wat ze, vaak ondanks zichzelf, ter sprake brengen is de vraag van de openbare orde, van de burgerlijke vrijheden en van de gezagshandhaving. En omdat ze hun eigen standpunt aan de aandacht onttrokken hebben door hun daden, wordt de bestrijding van die daden het punt van discussie.

Daarmee bieden de fanatici de gevestigde politici een kans om zich als redders in de nood op te werpen, politiebeambten om een heldenrol te spelen, de massamedia om in volle vredestijd oorlogsnieuws te presenteren, en alle burger-kijkers, lezers en luisteraars om elkaar te vinden in een hartgrondige afschuw van die aanslag op de maatschappelijke orde. Fanatisering verbroedert, in de gelederen van de fanatieke keurbende, maar ook, en tegen hen, binnen de geledingen van het publiek.

Sociologen hebben dergelijke bewegingen benaderd vanuit het perspectief van het 'extremisme', naar de afstand die deze groepen scheidde van de overige politieke groeperingen in de samenleving. Er is een onmiskenbare parallel met de sociaal-wetenschappelijke discussie over staatsvormen die afwijken van de democratische staatsinrichting en die onder de gemeenschappelijke noemer van het 'totalita-

risme' gebracht werden, of het nu dictaturen van links of van rechts betrof.

In de jaren vijftig leek die benadering van 'de uitersten die elkaar raken' een uitgemaakte zaak; het ging immers om 'ideological dogmatism': 'a closed way of thinking which could be associated with any ideology regardless of content, an authoritarian outlook on life, an intolerance of those with opposing beliefs.' Het ging om 'the *structure* rather than the *content* of beliefs.' Rokeach zocht naar een begripsvorming van het autoritarisme 'in an ahistorical way so that it will be equally applicable to all stages of history'.[1] Hij wilde een omschrijving van het verschijnsel 'so that the bigots of the political left, center, and right all achieve a similar score on the same scale'.

Ruim tien jaar eerder schreef Eric Hoffer: 'Hoewel zij zich schijnbaar aan tegengestelde polen bevinden, verzamelen de fanatici van alle richtingen zich in werkelijkheid aan één kant. Verschillende polen zijn de fanaticus en de gematigde en zij komen nooit tot elkaar. De fanatici van verschillende schakeringen loeren wantrouwig naar elkaar en zijn bereid elkaar naar de keel te vliegen. Maar ze zijn buren en bijna van dezelfde familie. Ze haten elkaar zoals broeders elkaar haten.'[2]

In de jaren zestig nam de kritiek op deze benaderingswijze toe. Revolutionaire dictaturen waren te onderscheiden van contra-revolutionaire dictaturen: ging het bij de eerste om een onteigening van de bezittende klasse en om ontvoogding van de onderworpenen, bij de laatste, de rechtse dictaturen was het er juist om te doen de verschillen in bezit en macht krampachtig te handhaven of zelfs te versterken.[3] Net zo waren activistische groepen binnen een samenleving te onderscheiden naar gelang ze vóór of tegen de heersende klassen ingingen. 'De kleine en onmachtige groepen die tegen het valse bewustzijn strijden, moeten geholpen worden: hun voortbestaan is belangrijker dan de instandhouding van die misbruikte rechten en vrijheden, die wettig geweld toestaan aan hen die deze minderheden onderdrukken.'[4] Dat schreef Marcuse en hij voegde daaraan toe dat diezelfde tolerantie juist ontzegd moest worden 'aan reactionaire bewegingen *voordat* deze actief kunnen worden'.

Zocht men eerst naar overeenkomsten in de persoonlijkheidsstructuur van 'autoritairen' of 'extremisten' en trachtte men in hun opvattingen gemeenschappelijke kenmerken aan te wijzen, later ging het

er juist om de verschillen aan te tonen tussen de doelstellingen aan de ene en aan de andere zijde van het politieke spectrum.

In beide opeenvolgende beschouwingswijzen bestond onvoldoende aandacht voor de verhouding tussen een afwijkende beweging enerzijds en de overige politieke arena anderzijds. Er was weinig oog voor de polarisering tussen die minderheidsopvattingen én de overheersende openbare mening, voor de escalatie in de strijd tussen die activisten én het politieapparaat, kortom, voor het fanatiseringsproces als een tamelijk dwangmatige ontwikkeling in de betrekkingen tussen twee elkander bestrijdende partijen.

Die eerdere beschouwingswijzen waren alle gekleurd door een zekere mate van partijdigheid, verhuld of niet en al dan niet met opzet. Gaat men uit van de overeenkomsten tussen 'extremen', dan plaatst men zich al dadelijk in het midden van een tamelijk denkbeeldig politiek 'continuum'. Vanuit dat gezichtspunt zijn de posities van die 'uitersten' afwijkend en behoeven ze verklaring vanuit de psychologie van de aanhangers, hun jeugdervaringen, opvoedingssituatie, of sociaal-economische omstandigheden. Het zijn al geen opvattingen meer die iemand zou kunnen aanhangen na rijp beraad en redelijke overweging. De denkstructuur en de groepsstructuur van die bewegingen worden onderzocht als ziektegevallen, niet als weloverwogen gedachtenstelsels of met opzet gekozen organisatievormen. Het eigen denken, de eigen opinies van de onderzoeker en de gegeven machtsverhoudingen dienden weliswaar als uitgangspunt, maar bleven toch buiten beschouwing.

Maar de commentator die daarentegen afgaat op de doelstellingen van de onderzochte bewegingen, kan er niet aan ontkomen een onderscheid te maken tussen de beleden doelen en de feitelijke effecten die de activisten teweegbrengen. Hij raakt verstrikt in een politieke discussie over de ware aard van de groepering en over de rechtvaardiging van de gekozen politieke strategieën.

Al deze opvattingen, of ze nu gebaseerd zijn op de overeenkomsten tussen alle extremisme, of juist op het onderscheid tussen emancipatoire en reactionaire bewegingen, impliceren een voortijdige partijkeuze. Dat is ook bijna onvermijdelijk waar zulk fanatisme niemand in een samenleving onberoerd laat en waar ook sociologen deel uitmaken van die samenleving en dezelfde dreigingen te vrezen hebben en aan dezelfde verontwaardiging ten prooi vallen als andere mensen.

Wat deze benaderingen ook gemeen hebben is dat ze hun onderwerp al te gauw laten omschrijven door de manier waarop het in de actuele discussie verschijnt, waarop het in het nieuws komt.

Omdat hier of ginds en nu of straks fanatieke keurbendes in de algemene aandacht komen, Staat nog niet vast dat juist zij als zodanig voorwerp moeten zijn van Studie. Het is ook mogelijk ze anders te bezien: als onderdeel van een proces waarin partijen op elkaar reageren, zet op tegenzet doen en waarin de ene actie de andere reactie uitlokt.

'Men heeft hier zoals bij iedere enigszins duurzame betrekking, met een vervlechtingsproces te maken,' schrijft Norbert Elias over een stammenoorlog: 'Zij zijn van elkaar afhankelijk: als bij een schaakspel, dat oorspronkelijk ook een oorlogsspel was, bepaalt elke zet van de ene stam die van de andere en omgekeerd. Het leven binnen elk van de beide stammen wordt in toenemende mate door de afhankelijkheid van elkaar bepaald. Zij hebben een functie voor elkaar: de interdependentie van individuen of van groepen individuen als vijanden vormt niet minder een functionele betrekking dan hun betrekking als vrienden, als collega's, als deskundigen op een bepaald gebied, die door arbeidsverdeling van elkaar afhankelijk zijn. De functie die zij voor elkaar hebben, berust op het feit dat zij dank zij hun interdependenties dwang op elkaar kunnen uitoefenen. [...] men vindt pas een verklaring als men de dwang in aanmerking neemt, die zij op grond van hun interdependentie, hun wederzijdse functie als vijanden op elkaar uitoefenen.' Aldus Elias.[5]

In dit betoog gaat het dan om fanatiseringsprocessen waarin een staatsapparaat, politie en justitie, aan de ene kant en een kleine activistische groep aan de andere zijde elkaar steeds heftiger bestrijden. In deze begripsbepaling blijven dus allerlei elementen die ook worden aangeduid met de term 'fanatisme', buiten beschouwing: religieus fanatisme, of het fanatisme van sport- en muziek-'fans'.

Het fanatiseringsproces waar het hier wel over gaat, vindt zijn begin in een grote maatschappelijke tegenstelling waarin veel mensen zich betrokken voelen en tegenover elkaar staan. Er is een brede discussie aan de gang en er zijn bewegingen die zich inzetten voor het ene of het andere programma, of voor iets ertussenin. Er is een strijd gaande om allerlei sleutelposities te veroveren die kunnen dienen om de programpunten door te zetten of juist te blokkeren.

Om drie voorbeelden uit vele te noemen: de dekolonisering van het Nederlandse overzeese rijk in de jaren veertig; de emancipatie van de Amerikaanse negers in de jaren vijftig en zestig; de denazificatie van Duitsland na de Tweede Wereldoorlog. Drie grote strijdvragen die toen miljoenen mensen in beroering brachten en die ook nu nog voor de meeste mensen in die landen iets betekenen. De gemoederen liepen indertijd hoog op en het kostte de grootste moeite om de tegenstellingen te beslechten binnen de beperkingen van de democratische rechtsorde. Niet alleen allerlei politieke groeperingen overtraden de grenzen van het recht, maar het staatsoptreden druiste ook regelmatig tegen de eigen wetten in.

In die tegenstellingen is door geen der partijen een definitieve overwinning behaald. Er heeft zich op een aantal punten die wel afgehandeld móésten worden, een beleid afgetekend gegrond op compromissen en vaak op schijnmanoeuvres, andere strijdpunten werden opzijgeschoven en verdwenen veelal uit het publieke geheugen; maar niet voor iedereen. Sommige mensen bleven doorgaan met de strijd, maar vonden geen massaal gehoor meer en konden nog maar een kleine aanhang formeren. Die kleine groeperingen werden uitgesloten van de sleutelposities in het proces van politieke besluitvorming en slaagden er ook niet in het debat te heropenen, terwijl ze toch argumenten hanteerden die door velen gesteund werden en die de tegenpartij heel goed begreep zonder ermee in te stemmen: men denke aan de Molukkers met hun ‘Ambon moet vrij’ en de campagne van de groepering ‘Door de eeuwen trouw’. Dat is een belangrijk moment: de discussie wordt gesloten of blijkt te zijn verstomd, en sommige deelgenoten aan het debat staan voortaan buiten spel, buiten de politieke arena.

In die fase geven de meeste mensen het op of houden het verder binnenskamers. Maar sommigen doen dat niet en zij vormen een politieke beweging die voortaan door deze sluiting geheel bepaald wordt: als gewezen wordt op het isolement van bepaalde politieke groeperingen, is het goed om erbij te bedenken dat zij ook van de discussie en van de besluitvorming werden uitgesloten.

Onder die buitengeslotenen beginnen een aantal denkwijzen post te vatten die typerend worden geacht voor de extremistische, dogmatische of autoritaire geestesgesteldheid, en er ontwikkelen zich organisatievormen die gelden als kenmerkend voor activisten of sektariërs. Maar die denkwijzen en die manieren van onderlinge samen-

werking zijn beter te verklaren uit een proces van uitgesloten worden én zich afsluiten. De overige samenleving doet zich immers aan deze outsiders ook voor als een gesloten geheel; de kwestie die aanleiding is tot hun isolement gaat hun bestaan beheersen en wordt voor hen die ene allesoverheersende strijdvraag waar het maatschappelijk leven 'eigenlijk' om draait: zij lijken zich te verliezen in een preoccupatie met een enkele conflict-dimensie, en negeren alle andere dilemma's die zich in het samenleven voordoen. Die ééndimensionale maatschappijbeschouwing wordt dan de maatstaf voor alle oordelen over goed en kwaad, over medestanders en buitenstaanders. Maar dit voltrekt zich niet eenzijdig bij de buitengesloten activisten, het wordt hun ook opgedrongen door de overige samenleving. De politieke politie, want die bestaat, ook in de Verenigde Staten, in Duitsland en in Nederland, begint zich met hen te bemoeien en dat blijft niet onopgemerkt, er ontstaat een wederzijds wantrouwen, de een verheimelijkt zijn activiteiten en contacten, de ander verhult zijn naspeuringen. Aanhangers van de activistische groep merken dat hun artikelen of ingezonden brieven niet geplaatst worden, dat hun de spreektijd wordt ontzegd, ze worden uit verenigingen geroyeerd en zelfs uit hun baan ontslagen, en dat enkel en alleen om hun groepslidmaatschap: dat was voor de buitenwereld dus toch ook doorslaggevend! De meeste randgroeperingen ondergaan en voltrekken dit isoleringsproces min of meer gelaten. Het schaadt en krenkt hen, maar het bevestigt ook hun gelijk. Van dan af richten zij zich vooral op interne aangelegenheden, de voltooiing van de leer en de zuivering van de aanhang.

Er bestaan in elke westerse samenleving tientallen groepjes van deze aard. Maar slechts zelden raken ze ook gefanatiseerd. Dat vereist behalve uitsluiting immers ook een escalatie van strijdtechnieken.

Omdat de activisten maar met weinigen zijn en over geringe middelen beschikken, kunnen zij de tegenstander, die de Staatsmacht uitoefent, nooit uitschakelen; ze kunnen zelfs heel moeilijk hun acties zo kiezen dat ze die tegenstander in feite verzwakken. Omdat ze zijn gevechtskracht niet kunnen aantasten, zien ze zich gedwongen zoveel mogelijk schade aan te richten op die punten waar ze wel kunnen toeslaan. Die betrekkelijke onmacht versterkt de indruk dat zij gewetenloos en harteloos zijn, maar in feite zijn ze niet bij machte met minder schade en meer effect op te treden. Zo ontstaat het beeld van de fana-

ticus die alles voor de zaak overheeft: vooral alles van een ander. Maar dat gaat niet vanzelf en het komt niet van één kant. Het verloopt in een opeenvolging van zet op tegenzet, slag op tegenslag. De kleine activistische keurbende vindt tegenover zich politie en justitie. En achter die verheven instituties gaan mensen schuil die om hun eigen redenen vaak hardvochtig en onwettig optreden. In elke wandaad van de tegenpartij vindt de andere zijde een excuus voor eigen driestheid. Het is niet eens nodig dat de tegenstander ook werkelijk zo'n misstap begaat: als de wederpartij maar bereid is om aan te nemen dat dat wel gebeuren zal, verschaft zij zich een pasklaar excuus om daar zelf alvast maar toe over te gaan. De politie is daarbij gebonden aan beperkende regelingen en aan toezicht van hogere instanties. Maar die regels blijken als de nood hoog is vaak onduidelijk of strijdig, en hoge ambtenaren en politici hebben alle reden om niet te nauw toe te zien op de opsporings- en verhoormethoden van het politieapparaat, zolang zij er niet voor ter verantwoording geroepen kunnen worden en wel het welslagen van de operaties op hun krediet geschreven krijgen.

Het doen en laten van de fanatici wordt breed uitgemeten als het om hun wandaden gaat die zichtbaar geworden zijn, maar van hun tegenspelers met wie zij samen hun strijd voeren, blijven de daden onopgemerkt, en zo worden die fanatici onbegrijpelijk, een afwijkend slag waarvoor een verklaring gezocht moet worden in de psychologie van hun persoonlijkheidsvorming of de sociologie van hun groepsleven.

Soms vinden de fanatiseurs niet alleen een politieapparaat tegenover zich, maar keurbendes van contra-fanatiseurs, zoals in de Republiek van Weimar. Dan gaat het allemaal nog eens zo snel. En omdat dan groepen met deels tegengestelde doelen in één gezamenlijke strijd betrokken zijn, zullen ze overeenkomstige middelen hanteren, gelijksoortige organisatievormen ontwikkelen en een vocabulaire voor propaganda en zelfrechtvaardiging gebruiken waarin de Stellingen van de ene partij rijmen op die van de andere, die immers telkens tegengesproken moet worden. Zo hebben deze fanatiserende groeperingen elkaar strijdtechnieken, organisatiestructuren en zelfs meningen opgedrongen en zo gaan zij voor de toeschouwer gaandeweg op elkaar lijken. (Dit aspect, dat het fascisme inderdaad een ‘reactie’ was op het socialisme, is onvoldoende in aanmerking genomen. De natio-

naal-socialisten en de fascisten namen soms met opzet en soms onwillekeurig trekken over van de socialistische beweging, en in de strijd kregen die socialisten overeenkomsten opgedrongen met hun vijanden en wisten hun weer tactieken, opinies en gedragswijzen op te leggen. Daarbij diende de ene partij de ander tot verontschuldiging. De totaliserings- en barbariseringsprocessen die zich in Hitler-Duitsland en Stalin-Rusland voltrokken, waren op overeenkomstige wijze op elkaar betrokken: wat de een deed was zowel aanleiding als excuus voor het optreden van de ander, die het toch net zo deed.)

Deze overeenkomsten hebben dus niet zozeer te maken met de ideeënwereld, met de vroege jeugd van de leden of met de beginfase van hun groepsvorming, maar met de dwang tot complementaire gedragswijzen die de onderlinge strijd de beide partijen oplegt.

In een laatste fase van fanatisering gaan fanatiseurs en hun bestrijders zo volledig in elkaar op dat alle verband met de oorspronkelijke maatschappelijke tegenstellingen en met de strijdvragen uit het eerdere openbaar debat verdwenen is. Het publiek vraagt zich vertwijfeld af waar het eigenlijk om begonnen is en waar het over gaat. De partijen hebben hun denkbeelden en hun idolen verloren en zijn alleen nog verwikkeld in een stammenoorlog op leven en dood, in een bloedvete waarin elke tegenslag een weerwraak eist. Dan is het proces van fanatisering in een eindfase van depolitisering geraakt. De keurbendes zijn gecriminaliseerd, maar zij hebben zich er ook toe laten verleiden om alleen nog tegen het politieapparaat en het gevangeniswezen te strijden.

Er is uit deze beschouwingswijze een praktische conclusie te trekken. Als fanatisering inderdaad een procesmatig verloop heeft van zet en tegenzet, van onderlinge en dwangmatige betrokkenheid tussen strijdende partijen, dan is er bij politie en justitie dus ook sprake van een tegen-fanatisering. De strijdmethoden van het staatsapparaat kunnen dan blijkbaar dat fanatiseringsproces versnellen. Als dat zo is, kunnen andere methoden het vertragen en smoren.

Een politieapparaat is min of meer te beheersen door de publieke opinie en de politieke leiders. Het is ook niet zozeer in zijn fysieke bestaan bedreigd en zo van de buitenwereld afgesloten dat het geheel en al op moet gaan in de beperkte overwegingen op korte termijn, die door de strijd tegen de fanatiseurs worden opgedrongen.

De escalatie van actie en tegen-actie kan vertraagd worden als het politieoptreden én gematigd is én effectief: als het politieapparaat zelf niet mee-fanatiseert maar juist de fanatiseurs weet te defanatiseren.

Een politiekorps dat geconfronteerd wordt met een gewelddadige keurbende staat onder grote pressie van de politieke leiding en de openbare mening om zo'n groep onmiddellijk uit te schakelen en niet alleen de daders achteraf op te sporen, maar zelfs iedere gewelddaad voor te zijn. Dat is alleen mogelijk door een heel wijd vertakt net van spionnen, die fouten maken en wantrouwen wekken, door verhoormethoden die zelf weer fanatiserend werken op het slachtoffer en zijn kameraden, door voortdurende en alomtegenwoordige controles die ergernis oproepen en opnieuw tot vergissingen leiden. Het dwingt de politiemensen ook om gevaarlijke acties te ondernemen waarbij collega's verwond worden of het leven laten. Dat leidt tot verdere verbittering in het korps en tot verscherping van de gevechtstechnieken en de verhoormethoden

Matiging en beheersing van het politionele optreden is niet enkel een democratische of morele noodzaak, het is ook een noodzakelijke voorwaarde voor defanatisering, het is een aspect van de ordehandhaving. Dat brengt met zich mee dat van een politieapparaat niet verlangd kan worden dat het elke aanslag weet te voorkomen en dat het iedere gewelddadige actiegroep weet te ontmantelen. Het hoeft niet tegen de politie te pleiten dat een overval toch is gelukt, of dat een fanatiseur niet is gegrepen. Integendeel, heviger bestrijding had de fanatisering nog kunnen verergeren.

Een politieapparaat moet én effectief én gematigd kunnen functioneren. Dat betekent dat politiemensen zich beheersen in de confrontatie met hun bestrijders en dat vereist grondige scholing, zorgvuldige planning, voldoende mankracht en uitrusting en bovenal toezicht door de politieke leiding.

Tenslotte kan de defanatisering ermee gediend zijn als de fascinatie door het optreden van de fanatiseurs wat mindert en de belangstelling voor hun denkbeelden wat toeneemt: als zij niet zo hoefden te strijden zouden ze misschien iets te zeggen hebben waarop een weerwoord past.

Eindnoten:

1 Milton Rokeach, *The open and the closed mind: investigations into the nature of belief systems and personality systems*. Basic Books, New York 1960, blz. 4-5, 6, 9.
2 Eric Hoffer, *De ware gelovige; beschouwingen over het wezen van massabewegingen*. Van Oorschot, Amsterdam 1952, blz. 96.
3 Vergelijk W.F. Wertheim, *Evolutie en revolutie; de golfslag der emancipatie*. Van Gennep, Amsterdam 1971, blz. 180.
4 Herbert Marcuse, ‘Repressieve Tolerantie’. In: *Geweld en vrijheid; politieke opslellen*. De Bezige Bij e.a., Amsterdam 1971, blz. 48-9.
5 Norbert Elias, *Wat is sociologie?* Het Spectrum/Aula, Utrecht, Antwerpen 1971, blz. 84.

7 Het concentratiekampsyndroom als sociaal probleem

> *'One man will always be left alive to tell the story*.' - Hannah Arendt, *Eichmann in Jeruzalem*

Vijfendertig jaar na de bevrijding hebben de overlevenden van de nazi-terreur nog steeds te lijden van wat hun indertijd is overkomen. Inmiddels heeft hun leed een naam gekregen en is daarmee toegewezen aan het vakgebied van specialisten en voorwerp geworden van aangepaste behandeling. Onder noemers als 'KZ-syndroom', 'post-concentratiekampsyndroom' of 'survivors syndrome' is het een psychiatrisch ziektebeeld geworden. Vele overlevenden van de Duitse vernietigingskampen herkennen zich als lijders aan zo'n syndroom en zoeken genezing in de behandelkamer of kliniek van psychiater en psychotherapeut. In vakkringen voltrekken zich wetenschappelijke discussies over de diagnose (vallen slachtoffers van rampen en terreurdaden onder dezelfde noemer?); over de oorzaken (in hoeverre zijn voorafgaande stoornissen van belang in het ontstaan van het syndroom?); over de juiste organisatie van de hulpverlening (alleen psychiaters, of ook psychologen, maatschappelijk werkers, vrijwilligers?); en over de meest effectieve behandelingsvormen (individueel of groepsgewijs? ambulant of klinisch?).[1] Hier gaat het niet om de inhoud van die discussie, maar om de vorm en om de maatschappelijke situering ervan.

De politieke geschiedenis van de jodenmoord in Europa valt in die vakdiscussie uiteen in de bespreking van afzonderlijke ziektegeschiedenissen, zoals die geschiedenis in de presentatie aan het grote publiek uiteenvalt in de persoonlijke herinneringen en bekentenissen van afzonderlijke slachtoffers in memoires, documentaires, dagboeken en tv-spelen.

De discussie over het lot van de mensen die wisten te ontkomen aan de jarenlange massale moordpogingen van de nazi's vindt nu plaats als discussie tussen experts, gevat in wetenschappelijke termen,

gevoerd in een klinisch of academisch milieu. Zoals op zoveel andere gebieden heeft ook hier de opkomst van een beroepskring met een eigen vocabulaire en een eigen arsenaal van remedies ertoe geleid dat moeilijkheden van mensen werden omschreven en bewerkt als behandelbare problemen, ingedeeld bij een specifiek vakgebied. Daarmee zijn die moeilijkheden uit de strikt particuliere sfeer getild zonder dat ze daarmee zijn terechtgekomen in de sfeer van de openbare discussie. Ze zijn bespreekbaar, maar achter de gesloten deuren van de kliniek en de behandelkamer; ze worden beschreven in de vakliteratuur en in vertrouwelijke rapporten. Daarbij komt zeer zelden aan de orde hoe collega's op het werk, geloofsgenoten in de gemeente, vrienden onder elkaar, leden in hun vereniging, of verwanten als familie te zamen zouden moeten omgaan met de overlevenden en hun verhalen. En als die vraag al rijst, wordt ook dat opgevat als een kwestie die moet worden voorgelegd aan deskundigen en beroepskrachten, hooguit aan een vrijwilliger onder deskundig toezicht.

Dat is niet te wijten aan een doelgericht expansiestreven van de professionele hulpverleners, het is veeleer het onbedoelde resultaat van de gelijktijdige opkomst van allerlei hulpverlenende beroepen en van de gelaten hulpeloosheid waarmee alledaagse omgangs- en belevingsmoeilijkheden aan die gediplomeerde vakspecialisten worden overgelaten. Zulke processen van medicalisering, juridisering, psychologisering - in het algemeen, van ‘proto-professionalisering’ - zijn bij herhaling beschreven.[2] Ook de benadering van de overlevenden van de oorlogsvervolging is een voorbeeld van die ontwikkeling. Hun hulpverleners hebben dat proces zelf al dikwijls gesignaleerd en soms bekritiseerd en betreurd.[3]

Maar meer nog dan bij andere moeilijkheden die door afzonderlijke mensen beleefd en verwoord worden, zijn in de problematiek van de overlevenden de sociale aspecten relevant. En wel om twee redenen.

Allereerst, omdat die overlevenden nog in sterkere mate dan anderen te lijden hebben van een onheil dat mensen door mensen aangedaan is, van een maatschappelijke ramp of om precies te zijn, van een misdaad, een moordcampagne die jarenlang tegen hen gevoerd is door een modern staatsapparaat, met een uitgebreide politiemacht en een volledig toegerust en efficiënt georganiseerd leger, gesteund of gedoogd door de grote meerderheid van de bevolking en geduld door

de burgers van vele andere landen. Als er ooit een maatschappelijk kwaad geschied is, dan was dit het.

Ten tweede, omdat de sociale implicaties voor de overlevenden zelfs doorslaggevend zijn. Zij staan immers voor de vraag hoe dit ooit heeft kunnen gebeuren, wat zij hadden moeten doen om het te voorkomen en te ontlopen, hoe zij kunnen verwerken wat ze anderen zagen aanrichten en wat ze van zichzelf gemerkt hebben, of iets dergelijks zich ooit nog kan herhalen en of de wereld misschien in wezen nog steeds zo is. Zulke vragen kunnen mensen niet elk voor zich beantwoorden, het zijn kwesties die telkens opnieuw besproken moeten worden tot iemand een paar anderen gevonden heeft op wier oordeel hij vertrouwt en tot iemand zijn eigen ervaringen in verband heeft kunnen brengen met die van anderen en met zijn beleving van de eigentijdse maatschappij waarin hij nu voortleeft. Die oorlogservaringen kunnen op den duur verwerkt worden, maar niet zonder anderen. En juist dat blijkt voor vele overlevenden onmogelijk: 'They are convinced that their environment cannot understand them. Many patients have repeatedly told their doctors: "You cannot understand it if you have not gone through it yourself." In language, feeling and communication these victims of cruelty feel misunderstood.'[4]

Maar dit onbegrip kan niet alleen het probleem van de overlevenden zijn. Het is net zo goed een falen van de anderen - die nog niet onder vervolging te lijden hebben gehad - om te verdragen wat die overlevenden hun zouden kunnen vertellen. Soms is het de overlevenden onmogelijk hun verhaal nog uit te spreken, of komt het zelfs niet meer in herinnering; soms moet een deel ervan telkens weer opnieuw worden herhaald, gedroomd, herleefd, uitentreuren verteld aan naaste vrienden of verwanten, alsof er iets is dat verzwegen blijft en dat ingesloten wordt in eindeloze herhaling.

Die onuitgesproken ervaringen keren gemaskeerd weer als symptomen: onbegrepen gedragingen of lichamelijke stoornissen. Maar steeds gaat het om een verhaal dat niet kan worden uitgesproken.

En toch, als een verhaal niet uit te spreken is, moet het tekort bij de spreker én bij zijn luisteraars liggen. Als de een niet spreken kan, kunnen de anderen blijkbaar niet luisteren.

De verhalen van de overlevenden zijn ook niet om aan te horen en wat zij te zeggen hebben is onverdraaglijk. Het is alles voorgevallen nog in hun mensenleven, niet ver hiervandaan, niet lang geleden,

in een wereld die niet wezenlijk anders was dan deze. Niemand weet werkelijk hoe het heeft kunnen gebeuren en dus weet ook niemand of het niet nog eens kan gebeuren en wat ertegen te doen is. Maar de overlevenden zijn er de getuigen van. Hun moet het zwijgen alsnog worden opgelegd: 'Het is voorbij; er is al zoveel over gepraat; de oorlog is zo lang geleden; waarom hebben ze zich ook niet verzet? waarom lieten ze zich naar de slachtbank leiden? waarom zijn ze niet gevlucht, hebben ze het dan niet aan zien komen? hoe hebben ze trouwens kans gezien er levend uit te komen? Dan zijn zij toch ook ergens schuldig, niet dat ze dat valt aan te rekenen, een ander in hun plaats die zou hetzelfde gedaan hebben (maar zij hebben het gedaan)...[5] En waarom hielden ze zo koppig vast aan hun geloof, hun gebruiken, hun omgeving? En hebben hun eigen mensen soms niet meegewerkt aan die deportaties? Natuurlijk is het een tragedie, een vreselijk drama, maar wat hebben wij ermee te maken?'

En daarmee is de overlevenden het zwijgen opgelegd; wat tussen mensen verzwegen wordt moet elk voor zich proberen te verdringen.

Er is meermalen op gewezen dat zowel in Duitsland als in de bezette landen na de oorlog alom getracht werd het verleden te vergeten en alle aandacht te richten op politiek en economisch herstel.[6] De overlevenden die het op konden brengen, zetten zich uit alle macht voor die wederopbouw van het eigen bestaan en van de samenleving in. Degenen die dat niet vermochten, vielen uit en werden op zijn best patiënten en cliënten van beroepshulpverleners, maatschappelijk werkers en psychiaters. Als hun onvermogen niet gerechtvaardigd kon worden door evidente lichamelijke aandoeningen, moesten voor hun kwalen nieuwe benamingen gevonden worden. Daarin voorzagen psychiaters, zodat de naasten van de patiënt zijn toestand eerbiedig zouden accepteren, zo niet uit medeleven, dan toch uit ontzag voor de wetenschappelijke diagnose, en zodat de staat deze overlevenden zou onderhouden, niet zozeer als een ereschuld aan mensen die niet beschermd hadden kunnen worden toen het nodig was, maar tenminste uit sociale bewogenheid met de arbeidsongeschikten.

Maar de hulpverlenende deskundigen lieten het niet bij indrukwekkende ziektenamen; ze luisterden ook en probeerden te begrijpen. Zo werd het getuigenis over de politieke geschiedenis van de volkerenmoord omgevormd tot een opeenvolging van klachten in de spreekkamer.

Zo vormt de kring van professionele hulpverleners een bufferzone tussen de particuliere moeilijkheden van afzonderlijke overlevenden en de samenleving van hun tijdgenoten, tussen privé-domeinen en het openbaar domein. Die beroepskring beschermt de enkelingen tegen botheid en onbegrip en de gemeenschap tegen al te verontrustende uitingen van individuele emoties.

Die functie vervullen medici, juristen, maatschappelijk werkers in deze samenleving in allerlei levensgebieden en zij bieden daarmee vaak ook een adequate oplossing. Maar de particuliere moeilijkheden van de overlevenden uit de vernietigingskampen zijn niet alleen te begrijpen als individuele problemen, ze zijn ook telkens een versie van de politieke geschiedenis van de jodenmoord in Europa. Die geschiedenis kan niet verwerkt worden in spreekkamers alleen, maar moet als historisch en politiek probleem haar verwerking vinden in openbare meningsvorming.

Het kan makkelijk lijken alsof die publieke verwerking gedurig aan de gang is: telkens weer verschijnen getuigenissen over de vernietigingskampen in de publiciteit. Vrijwel iedereen is gaan beseffen dat niet zo lang geleden en niet zo ver hiervandaan de hel werkelijk bestaan heeft, door mensen gemaakt voor andere mensen. Maar het lijkt over een andere wereld te gaan, bevolkt met een ander soort mensen. Het lijkt alsof daar voor deze samenleving geen consequenties aan verbonden zijn.

Over die maatschappelijke verwerking van het oorlogsverleden hebben Alexander en Margarete Mitscherlich een boek geschreven onder de titel *Het onvermogen om te rouwen*.[7] Daarin gaat het over de Duitse samenleving, waarin toen vooral het verleden verdrongen werd. Sindsdien is ook in Duitsland deze 'sociale amnesie' verminderd.

Of het oorlogsverleden in West-Europa en de Verenigde Staten nu ook in de politieke meningsvorming verwerkt wordt, blijft de vraag. De Amerikaanse psychiater Bruno Bettelheim heeft enige tijd geleden een reeks opstellen gebundeld onder de titel *Surviving*:[8] 'overleven'. Bettelheim bracht in 1938 twaalf maanden door in Dachau en Buchenwald. Hij werd, als hoge uitzondering, vrijgelaten en kon ontkomen naar de Verenigde Staten. Daar aangekomen schreef hij een studie over de Duitse kampen, die tot de dag van vandaag geldt als het beginpunt van alle sociologische en psychologische literatuur over de

kampervaring. In een woord vooraf bij de herdruk van dit opstel beschrijft Bettelheim hoe hij een jaarlang moest aandringen om zijn verslag gepubliceerd te krijgen. Zijn beschrijving van de gruwelen werd niet geloofd, of te schokkend geacht voor het Amerikaanse publiek.

In zijn latere opstellen gaat Bettelheim in op de verwerking van de geschiedenis van de jodenmoord door de overlevenden en ook in het publiek bewustzijn. Hij verzet zich hardnekkig tegen elke poging om de nazi-moorden te vergoelijken, te bagatelliseren, te routiniseren, te vulgariseren of te romantiseren. Eerst moet de geschiedenis van de uitroeiing worden vastgesteld voor wat ze is, als een naakt feit, dat niet mag worden weg-verklaard of weg-gemoraliseerd.

Bettelheims afwijzing van de term 'holocaust' kan als voorbeeld dienen: 'Met de uitdrukking "holocaust" krijgt deze laffe massamoord niet een specifieke naam die uitdrukking geeft aan zijn unieke karakter en die het mogelijk maakt dat zich aan die benaming in de loop der tijd gevoelens hechten die passen bij de gebeurtenissen waarnaar dat woord verwijst. De juiste definitie van "holocaust" is immers "brandoffer". (...) Het gebruik van de term "holocaust" doet volkomen onjuiste associaties post vatten door bewuste en onbewuste connotaties aan te brengen tussen de meest laaghartige massamoord en oeroude rituelen van diep religieuze aard.' (blz. 92, vertaling AdS.) De term 'holocaust'[9] staat voor een vorm van politieke verwerking van het verleden, maar het is een vorm die een vervalsing inhoudt: 'Door de slachtoffers van de nazi's "martelaren" te noemen vervalsen wij hun lot.' Zij ondergingen dat lot immers niet uit vrije verkiezing. Evenmin kunnen de slachtoffers en de overlevenden van de nazi-terreur in hun gezamenlijkheid 'helden' heten, hoe moedig velen zich ook betoond hebben in die jaren. De slachtoffers worden immers niet gekenmerkt door een beproeving die zij zelf gekozen hebben, maar door het feit dat een volledig bewapend en efficiënt georganiseerd staatsapparaat werd ingezet om ze uit te roeien en daar ook bijna geheel in slaagde. De overlevenden werden ook niet gekenmerkt door de moed die zij al of niet wisten op te brengen, maar door het feit dat zij wisten te ontkomen aan een moordcampagne van staatswege.

De pogingen om de jodenmoord in de politieke geschiedenis te verwerken als een martyrium of als een heldenstrijd worden door Bettelheim afgewezen als onwaarachtig. Daarmee is opnieuw het probleem

gesteld hoe die massale misdaad dan wel te plaatsen is in de voortgaande geschiedenis van de westerse samenlevingen. Of, in Adorno's ontboezeming uit *Minima Moralia:* 'De gedachte dat na deze oorlog het leven "normaal" zou kunnen voortgaan of zelfs de cultuur "wederopgebouwd" zou kunnen worden - alsof niet alleen reeds de wederopbouw van cultuur de negatie daarvan is - is idioot. Er zijn miljoenen joden vermoord, en dat zou een intermezzo zijn en niet de catastrofe zelf. Waarop wacht deze cultuur eigenlijk nog?'[10]

Bettelheim probeert in zijn opstellen ook niet om de uitroeiing van de joden in 'de cultuur' in te passen, integendeel, hij wijst zoals gezegd zulke vormgevingen juist af. Toch volgt hij twee strategieën om het onderwerp althans bespreekbaar te maken. De ene is het gebod om de feiten weer te geven zoals ze zich hebben voorgedaan. Dat blijkt bijvoorbeeld als hij de overlevingskansen bespreekt: 'Overleving in de kampen - dit kan niet genoeg nadruk krijgen - was bovenal een kwestie van geluk: om te overleven moest men ontsnappen aan de ss-moordenaars.' (blz. 108) Om van de kansen die zich voordeden ook gebruik te kunnen maken moest iemand zijn gevoel van zelfstandigheid, zijn zelfrespect en zijn werkelijkheidszin kunnen bewaren. Maar om die persoonlijke kwaliteiten te kunnen behouden was nog iets anders nodig: 'Iemand kan een catastrofale gebeurtenis niet tegemoet treden en overleven als hem het gevoel onthouden blijft dat er tenminste iemand is die om hem geeft.' (blz. 102)

Dat geldt tussen mensen en het geldt tussen groepen en Volkeren: 'Als de joden het gevoel hadden gehad dat belangrijke stemmen in de rest van de wereld zich ter wille van hen verhieven, dat mensen in de vrije wereld met hen meeleefden en werkelijk wilden dat ze in leven bleven, dan zouden ze niet hebben hoeven vervallen in de afweerhouding van volledige loochening, maar hadden ze zich kunnen realiseren wat er aan de hand was en hadden ze er anders op gereageerd.' Maar het is de joden anders vergaan: 'Wat hun overkwam overtuigde hen dat het niemand kon schelen of ze bleven leven of dat ze stierven en dat de rest van de wereld, ook in onbezet gebied, zich van hun lot niets aantrok.' (blz. 101)

De lering die Bettelheim uit de geschiedenis van de jodenmoord trekt, is dat mensen die van iedereen verlaten zijn doodgaan en dat een mens een catastrofe alleen kan overleven als hij voelt dat het iemand anders schelen kan[11].

Naast het waarheidsstreven biedt dit inzicht Bettelheim een tweede strategie in de verwerking van het oorlogsverleden. Hij heeft zich na zijn bevrijding gewijd aan de verzorging en vaak de genezing van zeer zwaar gestoorde, autistische kinderen, die hij beschouwt als overlevenden van een rampzalige verlating.

Enkele opstellen in de bundel zijn gewijd aan de kritische bespreking van artistieke vormgevingen van de oorlog tegen de joden, en Bettelheim ontleedt ze uiteraard op hun politieke implicaties. De toneelversie van het dagboek van Anne Frank ergert hem, ook al vanwege het vrijblijvend sentiment waarmee aan het slot de stem van de vergaste Anne haar duurzaam geloof belijdt: 'That people are really good at heart.'

Ook al valt haar dat niet te verwijten, de familie Frank betoonde zich naïef en ontbeerde werkelijkheidszin door in onderduik krampachtig vast te houden aan een burgerlijk gezinsleven. Daarom kan, meent Bettelheim, het *Dagboek* van Anne Frank niet tot voorbeeld strekken, maar alleen tot lering over argeloosheid die tot ondergang leidt.

Veel scherper is Bettelheims afwijzing van de film *Zeven schoonheden* van Lina Wertmüller. De strekking van dit verhaal is dat diegenen het meeste kans maakten om de kampen te overleven die zich niet bekommerden om de geboden van moraal en geweten, die alleen door pure overlevingsdrang werden gedreven. De overlevenden worden in de film met hun beulen gelijkgesteld als immoralisten en de immoraliteit wordt tot eerste levensbeginsel verheven.

Bettelheims kritiek is niet een kwestie van smaak. Zijn bezwaren tegen het *Dagboek* zijn ingegeven door zijn keuze voor de realiteitszin, zijn afkeer van Wertmüllers film berust op zijn overtuiging dat wie alleen nog zichzelf heeft om voor te leven, niet zal overleven maar juist ten onder gaat.

De geschiedenis van de jodenmoord is bij Bettelheim niet een psychiatrisch probleem, psychotherapeutische bemoeienis kan hoogstens de overlevenden helpen om het probleem te stellen. Voor Bettelheim is het probleem van de overlevenden dat zij overgebleven zijn uit een door mensen aangerichte hel en dat hun tijdgenoten alles zullen proberen om hun getuigenis daarvan te ontkennen of te ontkrachten om het niet als een voortgaande realiteit te hoeven erkennen.

Daarmee is het uitgangsprobleern opnieuw gesteld. De Tweede

Wereldoorlog en ook de jodenmoord komen telkens weer aan de orde, in films en boeken, in televisieseries en kranteartikelen. Maar ondanks alle realisme in de weergave hebben die beschrijvingen toch vaak een vervreemdend effect: het gaat over een andere wereld, die losstaat van de samenleving waarin mensen nu met elkaar verkeren. De lotgevallen van de overlevenden verschijnen als herinneringen en bekentenissen van afzonderlijke mensen, privé en intiem, alsof ze verteld werden aan een vertrouweling, een hulpverlener. Onbegrijpelijk blijft hoe die joden te midden van anderen weggevoerd en vermoord konden worden. Dus blijft onopgelost hoe de overlevenden met die anderen verder kunnen leven.

Wanneer de vraag rijst hoe dat heeft kunnen gebeuren in deze samenleving en in deze tijd van leven, neemt het gesprek een morele wending en gaat voort over de schuldvraag: Wie is nalatig geweest; wie had anders moeten optreden; wie heeft eraan meegewerkt?

Dat verhult de toedracht. Nederland werd in weinige dagen door de Duitse legers onderworpen en bleef vijf jaar bezet. De bevrijding moest van vreemde troepen komen. Het land was weerloos tegen de Duitse overmacht zoals, na korter of langer verzet, zoveel landen in Europa. Uit dat bezet gebied werden honderdduizend Nederlandse joden weggevoerd en toen al was het aannemelijk dat velen ver weg zouden sterven. Die deportatie voltrok zich zonder een revolte, zonder dat er in Nederland veel door veranderde. Hadden de Nederlanders hun joodse medeburgers beschermd tegen hun moordenaars, dan had dat een volledige transformatie van de Nederlandse samenleving vereist, een omschakeling waarop toen niemand was voorbereid. Zulk verzet veronderstelt grootscheepse burgerlijke en ambtelijke ongehoorzaamheid, algemeen lijdelijk verzet, systematisch bedrog, stelselmatige sabotage en ontduiking op elk niveau, gedurig en eensgezind protest tegen de Duitse en Nederlandse autoriteiten. Daar waren in sommige kringen mensen toe in Staat, maar de Nederlandse samenleving was er helemaal niet op berekend.

De Nederlanders streefden in overgrote meerderheid naar een manier van leven onder Duits gezag die nét nog draaglijk zou zijn en nét nog eervol. Een deel van de prijs voor die aanpassing was het opgeven van de joden voor deportatie, internering en wie weet vernietiging. Andere Europese volkeren hebben een overeenkomstige geschiedenis te vergeten, de een per saldo wat glorieuzer, de ander wat

beschamender. Die historie zegt niet zoveel over afzonderlijke Nederlanders, maar zegt heel veel over de Nederlandse en andere moderne samenlevingen: mensen kunnen er met behoud van de orde door een goed georganiseerd bewapend staatsapparaat bij honderdduizenden worden weggevoerd en vermoord.

Dat feit is niet te verwerken in de openbare meningsvorming. Het impliceert immers dat de Nederlandse staat zijn burgers niet beschermen kan tegen de terreur en het geweld van een andere staat. De belastingplichtige, dienstplichtige, stemgerechtigde en uitkeringsgerechtigde burgers vinden in hun eigen staatsapparaat geen waarborg tegen de dreiging van andere staatsapparaten. Zelfs hun eigen staatsapparaat kan zich als terreurapparaat tegen de burgers keren. Nederland is een klein land dat zwak staat in het gevaarlijke verkeer tussen staten. Het heeft zich ooit gehandhaafd met behoedzame neutraliteit en nu met trouwe onderschikking aan een machtige bondgenoot; het heeft op het beslissende moment de joodse Nederlanders niet beschermd tegen vreemd staatsgeweld en de Indische Nederlanders evenmin, al kwamen die er wat genadiger af.

Veel joden hebben de nazi-terreur opgevat als een hoofdstuk in de lotsbestemming van het joodse volk, als een verschrikking die juist de joden moest overkomen. Zij hebben daar soms troost in gevonden. Geruststellend is die gedachte vooral voor niet-joden, die zouden kunnen geloven dat een dergelijk lot geen andere mensensoort dan joden kan treffen. Maar sindsdien zijn ook in andere landen de mensen bij miljoenen uitgemoord, al of niet door de regering van hun land. Door de moderne oorlogstechniek is die massale uitroeiing nog beter uitvoerbaar geworden en zelfs niet meer te vermijden wanneer eenmaal het nucleair geweld losbarst. Er is geen enkele reden om te denken dat mensen tot zulke moordpartijen niet bereid en in staat zouden zijn, dat niet duizenden, honderdduizenden daar gezeglijk aan zullen meewerken, ieder op zijn plaats in het grootse moordapparaat. Geen staat, geen legermacht kan daar bescherming tegen bieden, als niet al de eigen staat zich tegen de burgers keert. Dat is de les. Dat is waar de overlevenden aan herinneren als hun niet het zwijgen wordt opgelegd, als de onwil om te horen hen niet tot vergeten dwingt. Die boodschap kan ook geen publieke uitdrukking vinden, kan geen collectieve, laat staan een officiële vorm krijgen. Het lot vande overlevenden van de jodenmoord kan geen maatschappelijke ver-

werking vinden, omdat een monument van falen of de publieke herdenking van verlies en tekort de bestaansreden van de staat die daartegen beschermen moet ontkent. Daarmee blijven de overlevenden teruggeworpen op zichzelf, en ieder die hun relaas heeft aangehoord houdt er zijn eigen angst aan over.

Eindnoten:

1 Voor een kort overzicht: E.A. Cohen, 'Het post-concentratiekamp-syndroom.' In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 113, 46, 1969; en: dezelfde, 'Het post-concentratiekamp-syndroom: een "disaster"-syndroom'. In: *Idem* 116, 38, 1972; ook: J. Bastiaans, 'Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid'. In: *Idem* 118, 31, 1974.
Over behandelingsvormen en de arbeidsdeling binnen de hulpverlenende beroepen: *Werk- en Adviescollege immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1978; zie ook: J.P. van Praag,'Background, problems and possibilities of treatment in cases of extreme stress', en N. Boeken, 'Psycho-social care of victims of persecution in the Netherlands'. Beide in: *Israel-Netherlands symposium on the impact of persecution, Jeruzalem, 16-24 October 1977*. C.R.M., Rijswijk 1979.
Vergelijk ook de bibliografie samengesteld door het Werk- en Adviescollege, *Interim-rapport*, band IV, februari 1977.

2 Bijvoorbeeld Ivan Illich e.a., *Disabling professions*. Boyars, London 1977; Charles Kadushin, *Why people go to psychiatrists*. Atherton, New York 1969; Chr. Brinkgreve, J. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf (Sociologie van de psychotherapie, deel 1)*. Het Spectrum/Aula, Utrecht, Antwerpen 1979.

3 Bijvoorbeeld Werk- en Adviescollege, *Interim-rapport*, band I, blz. 66; *idem, Eindrapport*, blz. 71; Van Praag, *op. cit.*, blz. 12.

4 J. Bastiaans, 'Control of aggression and psycho-therapy'. In: *Israel-Netherlands symposium, op. cit.*, blz. 31. Bastiaans besluit zijn proefschrift met een waarschuwende opmerking aan beroepsmatig geschoolde luisteraars, zoals artsen: 'Nergens meer dan in dit gebied, waar de betekenis van het emotogene in het psychische en somatische vlak wordt erkend, dreigt loochening, verdringing, bagatellisering of overdrijving van de te onderzoeken kernproblematiek door de onderzoekers zelve. Het medisch oordeel kan hierdoor in hoge mate worden beïnvloed of onvoltooid blijven.' (blz. 466, in het origineel cursief)
J. Bastiaans, *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij, Amsterdam 1957.

5 Dit is het delicate vraagstuk dat het voornaamste punt van aandacht uitmaakt bij de behandeling van de overlevenden van de concentratiekampen in de visie van J. Spanjaard, 'De rol van het zelfgevoel bij concentratiekampgevolgen'. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie* 5, 6, 1979.

6 Het onvermogen tot verwerking van de geschiedenis van de nazi-moorden na de oorlog was zelf een belemmering voor het herstel van de overlevenden. Telkens weer ligt in beschouwingen over het lot van de overlevenden een nadruk op het belang voor het latere levensverloop van de fase die onmiddellijk op de oorlog volgde. Bijvoorbeeld Cohen, *op. cit.*, 1969; Keilson concludeert na een uitgebreid statistisch en klinisch onderzoek van tweeduizend gevallen van joodse oorlogswezen in Nederland, dat kinderen met een tamelijk gunstige 'traumatische sequentie' tijdens de oorlogsjaren, maar met een ungunstige sequentie tijdens de eerste vredesjaren (moeilijkheden met pleegouders, omstreden voogdij) een minder gunstige ontwikkeling doormaakten dan kinderen met bijzonder ongunstige oorlogservaringen maar daarentegen minder traumatische ervaringen onmiddellijk na de oorlog. Hans Keilson, *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Enke, Stuttgart 1979, blz. 444.

7 Alexander en Margarete Mitscherlich, *Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens*. Piper, München 1967.

8 *Bruno Bettelheim. Surviving and other essays*. Thames & Hudson (Knopf), London 1979.

9 De termen die worden gehanteerd om slachtoffers en overlevenden mee aan te duiden, weerspiegelen én vormen de houdingen en de gedragswijzen van de mensen om hen heen. Soms werden bij godsdienstige plechtigheden of openbare herdenkingen woorden als 'martelaren' en 'helden' gebruikt, maar die vonden toch geen algemene aanvaarding, hoewel het begrip 'holocaust' wel in zwang raakte, vooral in de Verenigde Staten. Het is opvallend hoe moeilijk bewindslieden en regeringsambtenaren het blijkbaar hebben om woorden te vinden om de slachtoffers mee aan te duiden zonder daarmee iemand onder de overlevenden of hun verwanten voor het hoofd te stoten. Zo omvatte de volledige, officiële omschrijving van het al genoemde Werk- en Adviescollege de begripsbepaling: 'immateriële hulpverlening aan verzetsdeelnemers en door de bezetters vervolgden wegens ras, geloof of wereldbeschouwing, alsmede aan hen die ten gevolge van bombardementen, ordemaatregelen, tewerkstelling en dergelijke schade aan hun gezondheid hebben opgelopen.' (*Interim-rapport*, band I, blz. 1) Het Werk- en Adviescollege verkoos kennelijk de term, 'oorlogsgetroffenen', een eufemistisch germanisme. Toch blijkt uit deze ongemakkelijkheid met de terminologie de ontoereikendheid van de beschikbare begrippen voor de interpretatie van wat voorgevallen is.

10 Theodor W. Adorno, *Minima moralia*. Het Spectrum/Aula, Utrecht, Antwerpen 1971, blz. 48.

11 Cohen, *op. cit.*, citeert gegevens over de overlevingscijfers van Noorse concentratiekampgevangenen die Rode Kruispakketten ontvingen: de sterfte onder hen was acht procent tegenover vijfenveertig procent onder degenen die van die zendingen verstoken bleven.
Over de houding van de verschillende Europese landen waarvandaan joden gedeporteerd werden en over de gevolgen van die houding voor de uitvoering van het uitroeiingsbeleid van de nazi's, vergelijk Hannah Arendt, *Eichmann in Jeruzalem, A report on the banality of evil*. Viking, New York 1965.

8 Het medisch regiem (I): verzieking en verafhankelijking

In de vervulling van hun strevingen zijn mensen altoos en immer op elkaar aangewezen; zo is een ieder van anderen afhankelijk en bijna iedereen is voor sommige anderen nodig. Daaraan ontlenen mensen hun betekenis voor hun medemensen en daarin vinden zij de vervulling van hun bestaan.

Mensen zijn dus knooppunten in een netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen die in elk leven min of meer in balans zijn. Iemand op wie vele andere mensen aangewezen zijn zonder dat hij elk van die mensen in gelijke mate nodig heeft, verkeert in een machtspositie, of in een positie met een machtssaldo. Toch zal ook zo iemand zelf op weer anderen zijn aangewezen, alleen al om zijn macht te kunnen handhaven en versterken. En die machtige is in zijn positie ook afhankelijk van alle mensen die van hem afhangen te zamen, om zijn macht over hen te kunnen uitoefenen. Dit zijn kerngedachten uit de sociologie van Norbert Elias.[1]

Deze afhankelijkheidsverhoudingen laten zich goed van geval tot geval in hun verloop beschrijven, maar ze zijn onderling slecht te vergelijken en te wegen. Van een ‘afhankelijkheidsbalans’ of een ‘machtssaldo’ kan alleen in figuurlijke zin sprake zijn.

In de levens van de meeste mensen ontwikkelt zich het netwerk van afhankelijkheden in grote trekken op overeenkomstige wijze. Kinderen worden geboren in totale afhankelijkheid van hun moeder en gaan eerst geleidelijk betrekkingen aan met andere mensen in hun omgeving, vader, broertjes en zusjes, grootouders, verdere familieleden en vriendjes, onderwijzers, klasgenootjes... Maar gedurende de kindertijd is het netwerk klein en blijft de balans er een van overwegende afhankelijkheid.

Gaandeweg breidt het netwerk zich uit en raakt het meer gedifferentieerd: in verschillende verhoudingen worden verschillende strevingen gerealiseerd en niet één enkele verhouding is nog totaal en alomvattend. Naarmate een mens volwassen wordt raken andere men-

sen op haar of hem aangewezen, worden de betrekkingen talrijker en specifieker en kan de balans van afhankelijkheden ten opzichte van delen van het netwerk uitslaan in de richting van een relatieve machtspositie. Iemand is dan in de kracht van zijn leven. Vrij ongemerkt, maar soms ook abrupt, wijzigt zich die afhankelijkheidsbalans opnieuw; mensen in de omgeving maken zich dan van iemand los en zoeken hun strevingen met anderen te verwezenlijken, kinderen gaan het huis uit, arbeidsverhoudingen worden opgegeven, het netwerk krimpt weer tot op enkele gezinsleden, een paar vrienden en verwanten.[2] Dat is de veroudering.

Dit ontwikkelingspatroon is geen natuurwet, al spelen fysiologische processen er een rol in. Vrouwen die hun kinderen hebben grootgebracht, bijvoorbeeld, gaan tegenwoordig vaak weer buitenshuis werken, maken nieuwe kennissen en breiden zo hun netwerk alsnog uit, maken zich in nieuwe verhoudingen onmisbaar, tot het netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen in de ouderdom weer inkrimpt.

Het is mogelijk ziekteprocessen te beschrijven als veranderingen in dit afhankelijkheidsnetwerk: als processen van verafhankelijking. Langdurige ziektes, vooral ziektes die geleidelijk verergeren, maken de patiënt afhankelijker van de mensen om hem heen, vaak van steeds minder mensen meer afhankelijk.

Gaat het in het medisch perspectief vooral om verlies van lichaamsfuncties, in dit sociologisch perspectief gaat het om verlies van maatschappelijke functies, om de inkrimping en verdichting van het afhankelijkheidsnetwerk. Het is deze verafhankelijking die de kern kan uitmaken van een sociologische theorie van het ziekteproces en van de gezondheidszorg.

Hoezeer het netwerk van de zieke ook inkrimpt, er worden ook nieuwe afhankelijkheidsrelaties gelegd: de ‘medische nexus’ met de dokter, in de eerste plaats.

Wanneer iemand om welke reden dan ook maatschappelijke functies die bij zijn sociale positie horen opgeeft of verliest, moet er ófwel sprake zijn van onwil, óf van onvermogen. ‘Increasingly, it seems that deviance can be subsumed only under crime or sickness and that other possibilities - witchcraft, spiritual intervention, sin, bad taste, poor manners and the like - are less and less available.’[3]

Is het geen onwil, dan moet het onvermogen zijn. Als iemand niet

kan wat hij in zijn positie geacht wordt te kunnen, dan is hij ziek en moet hij naar de dokter. Is het geen onwil, dan moet hij dus beter willen worden en meewerken aan zijn behandeling. Zo omschrijft Talcott Parsons de ‘sick role’, de rol waarin iemand terechtkomt die zichzelf door de mensen om hem heen tot zieke laat verklaren.[4]

Ongepast én ongewild verlies van functies wordt opgevat als ziekte en brengt in onze samenleving de lijder onder een medisch regiem.

Soms komt de patiënt met klachten en kan de arts ‘niets vinden’; hij kan de klachten niet in verband brengen met de uitkomsten van een lichamelijk onderzoek dat onafhankelijk is van de voorkennis en de bedoelingen van de patiënt, hij kan alleen nog afgaan op diens mededelingen.[5] Dan kan de dokter de klachten terzijde schuiven als inbeelding of simulatie, maar in de laatste decennia neigen artsen ertoe in zo'n geval te concluderen tot een medische ‘restcategorie’[6] van ‘psychische problemen’. Dan volgt verwijzing naar een ander soort dokters: psychiaters, psychologen en psychotherapeuten.

Waar het om gaat is dat in een samenleving allerlei voorstellingen circuleren over wat iemand van zekere leeftijd, in een bepaalde maatschappelijke positie moet kunnen en moet willen. Wil hij het wel en kan hij het niet, dan begint het zoeken naar een ziekte. ‘Medical definitions of disease constitute a special type of social deviance. The norms applied are socially defined with respect to biological functioning. Judgments are made as to whether or not the organic processes exceed permissible limits... if so, it is judged that a pathology is present, the individual in question is sick (i.e. deviant) and should be subjected to the controls of a therapeutic regimen.’[7]

Dit maatschappelijk erkend onvermogen houdt naast verlies van lichamelijke functies ook maatschappelijk functieverlies in. De zieke raakt voor de vervulling van zijn strevingen daarom meer aangewezen op anderen en kan in mindere mate voorzien in wat de mensen om hem heen van hem nodig hebben.

In dit opzicht lopen de medische en de sociologische zienswijze parallel: verzieking en veroudering kunnen worden opgevat als processen van functieverlies, te vroeg bij ziektes, op tijd bij ouderdom. Ook de begrippen chronisch en acuut en de notie van progressiviteit of verergering zijn in beide visies sleutelbegrippen.

Wat de sociologische en de medische zienswijze onderscheidt is de belangstelling voor de biologische processen ‘in de zieke’ bij medici

tegenover de interesse voor de ontwikkelingen in het netwerk van betrekkingen ‘rond de zieke’ bij sociologen.

Het is niet in het algemeen vast te stellen wat het eerst komt en wat het ergste is, het lichamelijk of het maatschappelijk functieverlies. Die kwesties van primaat en prioriteit zijn strijdvragen die uitgevochten worden in de confrontatie tussen aanhangers van een ‘medisch’ model en van een ‘sociaal’ model, in de concurrentie tussen een tamelijk gevestigde medische beroepskring enerzijds en anderzijds de opkomende beroepskringen van medisch sociologen, sociaal-psychologen, agogen enzovoort. In elk afzonderlijk geval en voor iedere individuele lijder zijn verzieking en verafhankelijking aspecten van een en dezelfde lijdensweg. Het zijn de hulpverleners van de ene of de andere stiel die uitmaken of juist deze of gene van zijn klachten moet worden aangepakt. Lichamelijke klachten krijgen daarbij de voorrang omdat de hulpverlening zo is ingericht dat artsen als eersten worden geraadpleegd, omdat de medische techniek zich zo ontwikkeld heeft dat aan die klachten vaak ook iets te doen is en omdat zulke klachten dikwijls het gevaarsignaal zijn voor een risico van verdere verzieking.

Toch verwijzen ook de meeste lichamelijke klachten naar een ‘gevoel’, precies in de dubbelbetekenis van lichamelijke gewaarwording én van gemoedstoestand, van biologisch proces én emotionele beleving: angst, stress, depressie, agressie zijn slechts enkele uit een reeks termen die suggereren dat iemand leeft onder verhoudingen met andere mensen die hem ziek maken, zijn lichaamsfuncties aantasten. Sociale processen als uitstoting en etikettering kunnen evenzeer ziektegedrag uitlokken en tot lichamelijke verzieking leiden.

Zo kunnen mensen elkaar ziek maken, heel letterlijk door onderlinge besmetting, langs ondoorgrondelijker wegen door elkaar te verwijten en te chanteren, te dwingen en op te jagen, te bedreigen en te vernederen, of door iemand voor zonderling te verklaren en buiten te sluiten. Dat alles vindt plaats in kleine kring, in intieme verhoudingen; maar ook brede maatschappelijke ontwikkelingen kunnen bijdragen tot de verbreiding van ziektes: schadelijke arbeidsomstandigheden, milieuverontreiniging, ondervoeding enzovoort. De exclusieve medische aandacht voor biologische processen in de aangemelde zieke is een tamelijk recente ontwikkeling in de geneeskunde; de achttiende-

eeuwse medische bemoeienis omvatte speculaties en conversaties over de gehele levenssituatie van de patiënt en in de negentiende-eeuwse geneeskunde domineerde een tijdlang de ‘medische politie’, die reinheid, voeding, woon- en werkomstandigheden onderzocht en wilde verbeteren. In de laatste decennia heeft ook onder medici de aandacht zich alweer verbreed tot buiten de strikt lichamelijke processen van de patiënt die zich voor onderzoek meldt.

Is dus niet uit te maken wat het eerst komt en welke benadering de voorrang heeft, ook wat het ergst is voor de lijder laat zich niet in het algemeen vaststellen, het lichamelijk of het maatschappelijk functieverlies.

Een woord als ‘pijn’, dat allereerst een lichamelijke gewaarwording aanduidt, krijgt pas betekenis in een klacht die voor iemand bedoeld is om er iets aan te doen, iets medisch of iets anders menselijks. Het fysiek verval dat komt met ziekte en ouderdom wordt beleefd als verlies van zelfstandig functioneren, als hulpbehoevendheid jegens anderen, als vereenzaming en soms ook uitstoting. Het staat nooit op zichzelf, zoals niemand op zichzelf staat, het is erg in zijn geheel.

Dat het primaat en de prioriteit in zaken van ziekte toekomt aan de lichamelijke aspecten en de medische benadering, ligt niet in de orde der dingen maar is de uitkomst van een maatschappelijke oplossing die mensen gaandeweg ontwikkeld hebben voor functieverlies, dat ze voor ongewild en ongepast zijn gaan houden. Die maatschappelijk geconstitueerde oplossing is het medisch regiem: de totaliteit van voorschriften die artsen over hun medemensen uitvaardigen, de heerschappij van dokters over de oriëntatiemiddelen, de belevingswijzen en omgangsvormen van mensen in kwesties van behoud en herstel van functies.

De constatering dat dit regiem niet van alle tijden is en dat het zich recent heeft uitgebreid en verhevigd, heeft dikwijls een beschuldigende strekking. Alsof een kongsie van dokters als een korporaalskliek de macht gegrepen heeft. Ook in de studie van de verhouding tussen ‘arts’ en ‘patiënt’ wordt vaak aan artsen zo een overheersende en initiërende rol toegeschreven. Pas in recentere onderzoekingen wordt de patiënt voorgesteld als iemand in een weliswaar mindere - afhankelijkere - positie, maar toch ook als iemand die binnen die verhouding actief ingrijpt, bijvoorbeeld door zijn klachten te selecteren, te ordenen, door impliciet of met zoveel woorden over de diagnose en de

therapie te onderhandelen, door voorschriften al dan niet op te volgen, door informatie af te dwingen of juist te negeren, door te winkelen of door het medisch personeel onderling uit te spelen.[8] Dat logenstraft de visie van medische dominantie niet, maar corrigeert die en bevestigt de notie van een asymmetrische afhankelijkheidsrelatie tussen arts en patiënt, waarin de machtsbalans uitslaat ten gunste van de dokter die toch tegelijkertijd voor het behoud van zijn positie aangewezen blijft op zijn patiëntenbestand als geheel en daarom ook tegenover afzonderlijke patiënten een zekere mate van voorkomendheid moet tonen.[9] Ook in breed maatschappelijk verband is de vestiging van een medisch regiem niet het werk geweest van een vastbesloten ijzeren voorhoede van artsen, maar integendeel het onbedoelde resultaat van maatschappelijke tegenstellingen waarin artsen betrokken raakten en waarvoor ze een oplossing wisten te bieden, zó dat ze telkens nieuwe beheersfuncties toegewezen kregen.

De vestiging van dit medisch regiem brengt met zich mee dat binnen de samenleving als geheel mensen zich voor allerlei levensfasen en levensaspecten meer zijn gaan richten naar medische aanwijzingen en zo ook afhankelijker geraakt zijn van die medici. In elk afzonderlijk ziekteproces treedt een verafhankelijking op die ten dele wordt opgevangen door het aanknopen van een nexus met dat medisch regiem. Ten dele, want zieken blijven ook ingebed in betrekkingen met 'leken', met verwanten en vrienden, en, in het ziekenhuis, met medepatiënten.

Aan deze afhankelijkheidsverhoudingen is in medisch-sociologische studies veel minder aandacht besteed: de arbeids- en gezinsrelaties worden meestal als verplicht nummer opgesomd en daar blijft het dan bij. Wordt er al aandacht besteed aan dat 'natuurlijk' of 'informeel' netwerk,[10] dan blijft die vrijwel steeds beperkt tot de relatie met de levensgezel, de zegenrijke 'affective spouse';[11] er bestaan geen studies van de veranderingen in het gehele afhankelijkheidsnetwerk van de patiënt in samenhang met het ziekteproces.

In de literatuur is de constatering van belang dat de aard van de verhoudingen waarin iemand leeft mede zijn neiging bepalen om klachten te signaleren, ze te bespreken en ze de arts voor te leggen als een probleem dat eventueel voor behandeling in aanmerking komt;[12] ook de bekendheid met verschillende hulpverlenende instanties is een functie van de aard van het netwerk: in sterk gesloten net-

werken, waarin ieder de anderen kent, volgt een lekenverwijzing naar professionele hulpverleners minder snel dan in een open netwerk waarin de meeste bekenden weer anderen kennen die de eerste onbekend zijn, maar die wel contact hebben met hulpverleners.[13] De opvolging van medische voorschriften kan door mensen in de omgeving worden bevorderd of tegengewerkt en het omringende netwerk bepaalt in sterke mate de aard van steun en verzorging die een patiënt gedurende zijn ziekte ten deel valt.[14]

Maar al deze onderzoekingen zijn sterk georiënteerd op problemen van gezondheidszorg; wat tussen de zieke en zijn naasten voorvalt blijft grotendeels buiten beschouwing. Het eerste wat er echter gebeurt als iemand ziek wordt, is dat hij zijn werk niet meer kan doen; het niet meer hóéft omdat ziekte een aanvaardbare grond van verzuim is; het niet meer kán omdat zijn lichaamsfuncties verminderen. Dat kan op korte termijn een welkome onderbreking zijn, in langduriger perspectief houdt het in dat een zieke minder gaat betekenen voor de mensen om hem heen, die eerst nog wel van hem afhangen maar voor hun strevingen niet meer bij hem terechtkunnen, en die later andere afhankelijkheidsrelaties gaan aanknopen en de zieke dan ook niet meer nodig hebben. Dat gaat op in arbeidsverhoudingen en, uiteraard, ook in gezinsverhoudingen. Dat functieverlies werkt ook in alle andere betrekkingen, in sportbeoefening en in de vriendenkring, in verenigingsleven en in vrijetijdsvertier. Wie ziek wordt kan niet meer wat hij kon, hoe zieker, des te minder vermag hij nog; maar wat iemand kon, kon hij doen voor en met en tegen andere mensen en die anderen hadden hem daarbij nodig.

Zieken kunnen naarmate het ziekteproces verergert steeds minder voor anderen doen, steeds minder voor anderen zorgen, steeds minder ook voor zichzelf zorgen. Met iemand die voor zichzelf kan zorgen wordt meestal bedoeld iemand die kan zorgen dat anderen voor hem zorgen, die elke prestatie kan vergelden met een tegenprestatie die als gelijkwaardig geldt. Zo iemand koopt wat hij nodig heeft tegen betaling met geld dat hij zelf heeft verdiend (of geërfd, of gewonnen, want ook zo verwerft men ‘independent means’), en als hij andermans diensten niet betaalt, dan zorgt hij voor een spoedige wederdienst.

Zieken kunnen zelf zorgen voor hun materiële verzorging door artsen, verpleegsters en gezinsverzorgers te betalen of te laten betalen via

fonds of verzekering. Maar een groot deel van de verzorging komt van naaste verwanten die daar niet voor betaald worden en die ook niet dadelijk een wederdienst kunnen verwachten; een zieke raakt zeer aan zijn omgeving verplicht. Wordt de ziekte erger, dan verdwijnt de verwachting dat die zorgen ooit nog vergoed kunnen worden.[15]

Die verafhankelijking gaat ook gepaard met statusverlies en statusangst: de zieke wordt de mindere, de vragende partij, die meer van anderen nodig heeft, terwijl hij hun nu minder bieden kan. De loochening van deze situatie weerspreekt dat, maar weerlegt het niet.

Wel kunnen zieke mensen hun hinderkracht aanwenden, hun vermogen om bij anderen medelijden, schaamte en een gevoel van verplichting op te roepen, een gevoel dat ingegeven wordt door de gedachte dat de zieke zijn toestand niet helpen kan en dat een ander evengoed ziek kan worden, een gevoel dus dat is ingegeven door excusering en identificatie. Maar deze constateringen betreffen al de strategieën en contra-strategieën die een zieke toe kan passen in een episode van verlies aan lichamelijke en maatschappelijke functies, om dat verlies enigermate te compenseren.

Wat voorvalt in de verhouding tot de dokter heeft zijn weerslag op de overige betrekkingen die de patiënt onderhoudt. Elk gedragsvoorschrift dat de dokter uitvaardigt, brengt voor de patiënt verlies aan maatschappelijke functies mee, beperkt hem in de omgang met andere mensen. Dat is het duidelijkst en het meest rigoureus wanneer de patiënt het bed moet houden, maar het geldt ook voor een rookverbod, een dieetvoorschrift, een drankverbod, het voorschrift vroeg naar bed te gaan of af te zien van sport of reizen, of om het kalmer aan te doen bij het werk. Maar als de ziekte chronisch is, en dat betekent dat het lang duurt voor het ziekteproces beslissende verbetering of beslissende verslechtering vertoont, dan gaat het ziekteverloop het tijdsperspectief van de patiënt bepalen. Plannen op lange termijn worden opgegeven en alle voornemens komen af te hangen van de prognose die de arts verstrekt. De nabije toekomst wordt ingedeeld in behandelingsfasen en wordt gemarkeerd door onderzoeksresultaten: tot de volgende operatie, na de komende opname, afhankelijk van het eerstkomend laboratoriumonderzoek.

In dit perspectief kan ook beschreven worden welke machtsver-

houdingen en beheersingsvormen zich ontwikkelen tussen zieken en hun verzorgers: hoe bijvoorbeeld zieken worden ingelijfd in het medisch regiem dat voor de duur van de ziekte hun omgangsvormen en belevingswijzen beheerst. Het is de zieke zelf die zich moet dwingen om de doktersvoorschriften na te leven en om zich te gedragen zoals de verschuivende afhankelijkheidsverhoudingen vereisen. Maar tot die zelfbeperkingen wordt hij door de arts geprest en door zijn naaste verwanten gemaand. Al is het tijdsperspectief van de zieke ingekort, veel meer dan anderen moet hij bij alles wat hij doet aan de gevolgen voor de naaste toekomst denken: hij mag zich niet vermoeien, niet overeten of bedrinken, niet opwinden, moet zijn medicijnen tijdig innemen enzovoort. Zeker in de vroege fasen van het ziekteproces, als veel nog kan dat niet meer mag van de dokter, doet zich voor patiënten een acuut beheersingsprobleem voor waarin de dokter de functie van vermanende instantie toekomt, van externe dwanginstantie; zijn voorschriften worden door naaste verwanten nog eens met klem bevestigd en de zieke voegt zich omdat de dokter het gebiedt en hijzelf aan zijn gezondheid hecht; de ‘compliantie’ in medische zin is een volgzaamheid die binnen een relatienetwerk wordt opgelegd en bevestigd. Veel patiënten saboteren de voorschriften van de arts en dwingen daarmee de mensen om hen heen om meer pressie en toezicht op hen uit te oefenen, maar ook dat zijn strategieën en contra-strategieën binnen gegeven afhankelijkheidsverhoudingen. (Die ongehoorzaamheid kan als onuitgesproken betekenis hebben dat iemand die de voorschriften niet volgt, ze dus ook niet nodig heeft en dus ook niet zo ziek is. De revolte tegen de arts en tegen de verwanten die per procuratie zijn pressie uitoefenen, is ook verzet van iemand die relatieve machtsposities heeft moeten opgeven en in een krimpend netwerk van toenemende afhankelijkheid geraakt is.)

Met de inkrimping van het afhankelijkheidsnetwerk hangt de verkorting van het tijdsperspectief samen en die verkorting brengt ook weer het verlies van betrekkingen teweeg: vakantiegenoten zoeken ander gezelschap, collega's zoeken samenwerking met anderen nu met de zieke geen langlopende afspraken te maken zijn.

Al deze verschijnselen zijn welbekend, het is niet nodig ze te staven met citaten uit de vakliteratuur, ze zijn algemeen bekend uit de alledaagse ervaring van zieken en van de mensen die met hen te maken hebben. Die waarnemingen komen trouwens in de medisch-sociologi-

sche literatuur nauwelijks voor, ze zijn er te gewoon voor, ze worden te zeer als bijverschijnsel opgevat. Maar voor de socioloog zou dit maatschappelijk functieverlies de kern van het ziekteproces moeten uitmaken. Zoals ziekte en veroudering verzamelnamen zijn voor specifieke lichaamsprocessen die nochtans in algemene biologische termen beschreven en begrepen worden, zo is de verafhankelijking een verzamelnaam voor specifieke maatschappelijke processen die in algemene sociologische termen van afhankelijkheids- en machtsbalansen binnen netwerken te beschrijven en te begrijpen zijn.

Deze zienswijze biedt een programma voor een radicaal sociologische benadering van problemen van ziekte en gezondheidszorg, maar ook niet meer dan dat. Hoe het in feite toegaat, moet telkens nader onderzocht worden. In de volgende opstellen gebeurt dat een keer in de diepte en een keer in de breedte.

Het medisch regiem wordt het meest ingrijpend en het meest omvattend uitgeoefend in het chronisch ziekenhuis, waar een patiënt is opgenomen in een totale orde, een orde die zijn gehele functioneren beheerst: zijn lichaamsfuncties, maar ook zijn gevoelshuishouding en zijn omgang met anderen.

Maar dat medisch regiem beheerst niet alleen de ernstig zieken en de opgenomen patiënten, het raakt ook de mensen die nog niet ziek zijn, alle anderen dus, die zich in hun alledaagse leven en in kritische beslissingen laten leiden door medische richtlijnen. De verbreiding van dit licht medisch regiem is de onbedoelde uitkomst van talloze incidentele oplossingen voor persoonlijke en maatschappelijke conflicten waarin medici betrokken werden. In de totale vorm waarin het uitgeoefend wordt in het ziekenhuis én in de lichte versie waarin het verbreid is over de gehele samenleving, dient dat medisch regiem niet alleen de genezing, maar ook de beheersing van conflicten in en tussen mensen. Die beheersfunctie van het medisch corps dreigt tegelijk zijn gezagspositie aan te tasten.

Eindnoten:

1 Zie bijvoorbeeld zijn recente opstel, Norbert Elias, ‘Over de dood en de eenzaamheid van de stervenden in onze tijd’. In: *De Gids* 143, 7, 1980, blz. 451-480.

2 Hoewel geen rechtstreeks verband is aangetoond tussen de omvang van het primair netwerk van bejaarden en hun welbevinden, blijkt dat oude mensen die een grote verscheidenheid van relaties onderhouden, zich over het algemeen psychisch beter zeggen te voelen dan oude mensen die alleen nog omgaan met hun kinderen. C.P.M. Knipscheer, *Oude mensen en hun sociale omgeving; een studie van het primaire sociale netwerk*. Dissertatie Katholieke Hogeschool Tilburg, 1980, blz. 137. Deze bevinding lijkt erop te wijzen dat niet alleen de omvang en de intensiteit van de betrekkingen in het netwerk ter zake doen, maar ook de balans van afhankelijkheden: bejaarde ouders zijn vaak meer op hun kinderen aangewezen dan omgekeerd.

3 Robert Dingwall, *Aspects of Illness*. Robertson, London 1976, blz. 94.

4 Talcott Parsons, *The social system*. Routledge & Kegan Paul, London 1951, speciaal Hoordstuk X.

5 A. de Swaan, e.a., *Het spreekuur als opgave (Sociologie van de Psychotherapie, 2*). Aula/Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen 1979, blz. 22.

6 De term ‘residual deviance’ is van Thomas J. Scheff, *Being mentally ill: a sociological theory*. Aldine, Chicago 1966, speciaal Hoofdstuk 2.

7 Andrew C. Twaddle, ‘Illness and deviance’. In: *Social Science and medicine* 7, 1973, blz. 751-762; blz. 753.
8 Bijvoorbeeld: Julius A. Roth, *Timetables; structuring the passage of time in hospital treatment and other careers*. Bobbs-Merrill, Indianapolis 1963, speciaal Hoofdstuk 3. En: Gerald V. Stimson en Barbara Webb, *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*. Routledge & Kegan Paul, London 1975.
9 Talcott Parsons heeft zich afgevraagd waarom arisen hun patiënten in het algemeen fatsoenlijk behandelen (*op. cit.*, blz. 457) en meent dat de strikte scheiding van het beroepshandelen ten opzichte van andere levenssferen deze ‘functionele specificiteit’ en ‘affectieve neutraliteit’ waarborgt (idem, blz. 458). Daarmee zijn de functies van die professionele segregatie wel aan gegeven, maar zijn het ontstaan en voortbestaan ervan nog niet verklaard. Strong voegt eraan toe dan hun onderlinge concurrentie artsen dwingt tot ‘good bedside manners’, maar constateert dat ‘medical gentility’ ook voortbestaat in Engeland jegens National Health-patiënten, waar van concurrentie onder artsen geen sprake is; ‘because the financial position, prestige and degree of self-control of the profession as a whole are under direct political management and are themselves a political issue, it pays doctors to be polite to the great mass of their patients.’ En: ‘In other words, polite medical service can be the product of a trade-off between organized labour and capital and may be bought through political as well as financial muscle.’ Een originele veronderstelling, die nog niet kan verklaren waarom afzonderlijke artsen zich niet misdragen, als dat alleen de medische stand als geheel zou schaden. Vergelijk P.M. Strong, *The ceremonial order of the clinic: parents, doctors and medical bureaucracies*. Routledge & Kegan Paul, London 1979, blz. 215.
10 Dingwall, *op. cit.*, blz. 39, herinnert eraan dat ook een begrip als ‘netwerk’, bijvoorbeeld ‘lay referral network’, een constructie achteraf is en dat de contacten gezocht, gelegd en omschreven moeten worden door de betrokkenen. D.M. Boswell, ‘Personal crises and the mobilization of the social network’ in: J. Clyde Mitchell (ed.), *Social networks in urban situations; analyses of personal relationships in Central African towns*. Manchester U.P., Manchester 1969, blz. 254, 288, wijst erop dat bijvoorbeeld verwantschapsrelaties lange tijd sluimerend kunnen blijven om dan juist in een kritieke levensfase te worden gemobiliseerd. Zo kan het zijn dat in een periode van inkrimping van het netwerk door veroudering of verzieking, naast een medische nexus ook een familiale nexus geïntensiveerd wordt: de volwassen dochter als verzorgster van een zieke ouder, bijvoorbeeld.
11 Lisa F. Berkman, ‘Physical health and the social environment: a social epidemiological perspective’. In: L. Eisenberg en A. Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*, Reidel, Dordrecht etc. 1981, blz. 63.
12 John B. McKinlay, ‘Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking’. In: L. Eisenberg en A. Kleinman (eds.), The Relevance of social science to medicine. Reidel, Dordrecht etc. 1981; Jean K. Langlie, ‘Social networks, health beliefs, and preventive health behavior’. In: *Journal of Health and Social Behavior* 18, 1977, blz. 244-260.
13 Mark S. Granovetter, ‘The strength of weak ties’. In: *American Journal of Sociology* 78, 4, 1973, blz. 1365-1380; Vergelijk ook Angela Finlayson, ‘Social networks as coping resources; lay help and consultation patterns used by women in husbands' post-infarction career’. In: *Social Science and Medicine* 10, 1976, blz. 97-103.
14 ‘Voorts beïnvloeden lekenadviseurs de patiënt door hem in zijn rol als patiënt tegemoet te treden. Als zij hem als patiënt behandelen, hem van allerlei hulp voorzien en daarbij hun eigen bezorgdheid tonen, gaat de patiënt vaker naar de dokter dan wanneer zij dat niet doen.’ Marijke Mootz, *De patiënt en zijn naasten; de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie*. (Diss. R.U. Limburg, 1981.) De onderzochte leden van het netwerk waren de een of twee personen die het nauwste bij de patiënt betrokken waren: allemaal gezinsleden, voor het leeuwedeel partners; blz. 68.
15 A.P.N. Nauta, *Contact en controle tussen buren*. Samson, Alphen aan de Rijn 1973, blz. 187: juist mensen die hulp en contact behoefden deden zelden een beroep op hun buren, omdat ze niets terug konden doen.

9 Het medisch regiem (II): affecthuishouding in het ziekenhuis

In klinieken of speciale afdelingen van algemene ziekenhuizen waar men zich toelegt op de behandeling van ziekten met een reële overlijdenskans en met een tamelijk langdurig verloop, doen zich bijzondere moeilijkheden voor in de beleving en de onderlinge omgang van de mensen die met elkaar de ziekenhuisgemeenschap vormen. In de collectieve verwerking van die moeilijkheden ontstaat een vorm van ordehandhaving en worden vormen van affectbeheersing overgedragen die te zamen de affecthuishouding in dat ziekenhuis uitmaken. Wie enige tijd in die gemeenschap opgenomen is ervaart die vorm van gezamenlijke onderlinge omgangsvormen en de daarbij behorende belevingswijzen als iets eigens en vanzelfsprekends en een aantasting ervan als een inbreuk op de saamhorigheid. Zelfs de beschrijving van die orde wordt gemakkelijk opgevat als een ontluistering ervan.

Gegeven die affecthuishouding in het ziekenhuis, die steeds door de anderen gerealiseerd en bevestigd wordt, kunnen afzonderlijke patiënten en personeelsleden gebruik maken van verschillende afweerstrategieën om de moeilijkheden die zich op dat moment aan hen voordoen het hoofd te bieden. Een voorkeur voor bepaalde strategieën boven andere hangt samen met de persoonlijkheidsstructuur van de betrokkene: in een gegeven episode zal de één neigen tot terugtrekken of verdringen, waar een ander zal proberen door manipuleren of ageren een uitweg te vinden, terwijl nog weer iemand anders zich een uitzonderingspositie weet te verschaffen. In opeenvolgende paragrafen komen die gezamenlijke affecthuishouding en de individueel te hanteren afweerstrategieën ter sprake.

Bij chronische ziekten zijn de eerste gevaartekenen vaak kleinigheden: benauwdheid of hartkloppingen, beklemming op de borst, gedurige vermoeidheid, bloed inw de ontlasting, afscheiding, hardnekkige wondjes, of bobbeltjes. Dat is niet zozeer een bijzonderheid van chro-

nische ziekten, alswel het gevolg van medische waakzaamheid: artsen en protoprofessionele patiënten zijn alert op de kleine signalen die op deze gevaarlijke ziekten zouden kunnen wijzen, en daarom zullen ze al voordat zich specifieke symptomen voordoen deze algemene en vage aanwijzingen onderzoeken met de mogelijkheid van hartgebreken, multiple sclerose of kanker in gedachten.

De interpretatie van deze algemene gevaartekens begint uiteraard bij de lijder zelf: die zal ze al dan niet opmerken, zal min of meer verontrust zijn, zal erover praten met iemand in de naaste omgeving, die aan zijn klachten weer een eigen interpretatie zal geven. De duiding van zulke kleine klachten is onvoorspelbaar, wisselt met de protoprofessionaliteit in de intieme levenskring van een patiënt, met diens algemene geneigdheid tot zorgelijkheid en tot klagen en ook met de bereikbaarheid van een arts en met de verwachting die de lijder heeft van diens oordeel en behandeling. De huisarts zal de klachten aanhoren, nader onderzoek doen, en dan ofwel duidelijk maken dat er niets ernstigs aan de hand is, of de patiënt doorsturen naar de specialist, 'voor alle zekerheid'. In toenemende getale komen mensen bij de specialist terecht ook zonder dat zij zelf gevaartekens hebben geconstateerd, maar omdat die gevonden zijn bij routine-onderzoek, bevolkingsonderzoek of keuringen. Dan ligt het initiatief geheel bij de medici.

De specialist, op zijn beurt, kan vaststellen dat het om unschuldige klachten gaat, of zijn patiënt nader laten onderzoeken. Als laboratoriumonderzoek of klinische diagnostiek niets onrustbarends opleveren, is de patiënt terug bij de huisarts ter leniging van zijn kleine klachten. Ook dan is de patiënt er vaak nog niet van af, wordt hij gerustgesteld en krijgt toch voorschriften ter beperking van zijn risico's. Maar met een positieve onderzoeksuitslag begint zijn inlijving in het medisch regiem.

1. Het ziekenhuis als affecthuishouding

Die eerste aanzegging is een dubbelboodschap: er is iets ernstigs aan de hand én daar is iets aan te doen.

Patiënten die voor verder onderzoek en behandeling worden verwezen naar een specialistisch ziekenhuis, kunnen daaruit al concluderen wat de aard van hun ziekte is. Vrijwel iedereen weet immers waar-

in zulke klinieken gespecialiseerd zijn. Toch slagen veel patiënten erin om die aanwijzing niet tot zich door te laten dringen of er een heel andere wending aan te geven. In geval van kanker, bijvoorbeeld, zullen artsen die term meestal vermijden en ook niet snel spreken van een ‘kwaadaardig gezwel’ maar liever van een ‘gezwel’ of een ‘woekering’ die erger kan worden, en als de patiënt dat een poliep of een vleesboom noemt zullen ze hem niet tegenspreken. Maar met die onheilspellende verwijzing komt ook de boodschap dat van nu af aan alles aan de kwaal gedaan zal worden wat er menselijkerwijs aan te doen is. Van zo'n specialistisch ziekenhuis zijn er maar twee of drie in den lande. Het is vaak verbonden aan een onderzoeksinstituut en heeft de faam van een zeer geavanceerde behandelingsinstelling. Als er ergens kans is op genezing, dan toch daar.

Zo dreigend als de mededeling werken kan dat er iets aan de patiënt gedaan móét worden, zo geruststellend moet de mededeling werken dat er iets aan gedaan kán worden. In deze dubbele houdgreep van angst en verwachting wordt de patiënt bij het medisch regiem ingelijfd.

De patiënt heeft te horen gekregen dat hij ernstig ziek is: dat de ziekte dus nog erger kan worden; en dat hij chronisch ziek is: dat herstel of verval zich kunnen voltrekken over een periode van vele maanden, zelfs jaren. Maar dat sombere vooruitzicht wordt door de arts van meet af aan geplaatst in het perspectief van de behandeling: een nadere prognose kan pas volgen nadat de resultaten van de eerste tests binnen zijn. Daarna worden de verwachtingen weer gekoppeld aan de uitslagen van volgende proeven en dan aan de uitkomst van verdere ingrepen enzovoort.[16] De patiënt komt er niet toe zich in te stellen op blijvend functieverlies, laat staan op een naderende dood, want er is altijd weer een nieuw gegeven op komst en daarop is het wachten in de komende weken. En, wie weet wordt een nieuwe remedie gevonden.[17] Het behandelingsproces verbrokkelt het ziekteverloop in kleine episodes van hoop, teleurstelling en nieuwe verwachting; de confrontatie met zijn lot wordt voor de patiënt steeds opgeschoven. [18] De medische behandeling zelf krijgt op die manier een sederende functie en helpt de patiënt zijn angsten en zorgen vooralsnog opzij te zetten.[19]

Omdat bij ernstige, chronische ziekte steeds met ziekenhuisopname rekening te houden is, zullen alle andere bezigheden daarvoor

opzij gezet moeten worden. Die opname is niet lang van tevoren met zekerheid af te spreken en ook de duur van het ziekenhuisverblijf en van de herstelperiode zijn niet nauwkeurig te begroten. Alle andere levensplannen worden daarvan afhankelijk, studievoornemens, vakantieplannen, carrière-beslissingen, verhuizingen en grote aanschaffingen.

Dat betekent ook dat allerlei andere mensen in het leven van de patiënt moeilijker afspraken op lange termijn kunnen maken. Vakantievrienden moeten ander gezelschap zoeken of de onzekerheid voor lief nemen, collega's en meerderen op het werk kunnen er niet op rekenen dat de patiënt beschikbaar zal zijn en moeten ofwel riskeren dat hij zijn werk niet doen kan of alvast vervanging zoeken.

In het algemeen is van belang dat een patiënt er in deze fase niet aan kan ontkomen om een beroep te doen op de inschikkelijkheid van collega's, vrienden en verwanten en zich zo verplicht aan die medemensen (of hun gelegenheid geeft nu nun schulden aan hem te vereffenen).

Maar met de intrede onder het medisch regiem gaat ook een heel nieuw stelsel van afhankelijkheidsrelaties werken: dat van de cliëntèle-relaties met de verzorgingsarrangementen, in de eerste plaats met ziektekostenverzekeringen, fonds of particulier. Gaat het om specialistische behandeling en de kosten van ziekenhuisverpleging, dan is de dekking in het algemeen zo nauwkeurig geregeld dat de vergoeding vrijwel automatisch verloopt, vaak zonder dat de patiënt er iets aan hoeft te doen of van hoeft te merken.

Voor mensen in dienstbetrekking geldt hetzelfde voor de loondervingsverzekeringen in geval van ziekte. De uitkeringen zijn gebonden aan medisch-administratieve formaliteiten die door de arts en door beambten worden vervuld, de patiënt zelf heeft daar weinig bemoeienis mee. Dit automatisme is een triomf van de bureaucratie en een grote zegen van het stelsel.

De zaken worden gecompliceerder wanneer materiële verstrekkingen en dienstverlening in het geding komen die niet zo strikt en uitputtend zijn geregeld; bijzondere voorzieningen, verpleging en gezinsverzorging thuis. Daarvoor is toestemming vereist en dat fiat komt niet zonder enig onderzoek naar de omstandigheden waarin de patiënt met de zijnen verkeert. Meestal is tussenkomst van een medisch maatschappelijk werkster of een wijkverpleegster vereist en dat impli-

ceert op zijn minst een gesprek waarin toelichting verstrekt moet worden door de patiënt die zelf niet altijd weet welke mededelingen zijn aanvraag kracht bij zullen zetten en welke niet.

In het beste geval is die bureaucratisch georganiseerde en professioneel uitgevoerde verzorging 'an example, in practice, of what a compassionate society can achieve when a philosophy of social justice and public accountability is translated into a hundred and one detailed acts of imagination and tolerance'.[20]

De patiënt krijgt die diensten en voorzieningen zonder een onmiddellijke tegenprestatie zijnerzijds. Hij heeft daar premies voor betaald, of belastingen, maar de omvang van zijn bijdrage staat los van de kosten van de verstrekkingen die hij nu ontvangt. Dat is vanzelfsprekend omdat het over verzekeringen gaat waarbij de patiënt als verzekerde inleggeld heeft bijgedragen in een kansspel; en omdat het gaat om sociale verzekeringen waarbij die inleg gecorrigeerd is naar de financiële draagkracht van de patiënt. Maar in de belevingswereld van een patiënt kan dit er ook anders uitzien. Hij ontvangt diensten en een voor hem onbetaalbare verzorging, zonder dat hij er iets voor terugdoet. Hij 'krijgt' iets en 'wordt' behandeld en verpleegd.[21]

Voor alle problemen die zich op zijn lijdensweg voordoen krijgt de patiënt een gespecialiseerde deskundige toegewezen. Zijn door zijn ziekte thuis of op het werk bijzondere aanpassingen noodzakelijk geworden, dan treedt de revalidatie-expert op. Dreigt het gezinsleven door zijn toestand ontwricht te raken, dan komt de gezinsmaatschappelijk werkster tussenbeide. Breidt de ziekte zich uit tot nieuwe lichaamsregionen, dan verschijnt een andere specialist aan het bed.

Wordt de patiënt door paniek overweldigd, begint hij te razen of trekt hij zich juist geheel in zichzelf terug, kortom, wordt hij onhandelbaar, dan wordt de psychiater in consult geroepen. Zo wordt het ziekteproces ontbonden in even zovele factoren als er verzorgende beroepen zijn; elke expert behandelt zijn geval, de een als een verzekeringskwestie, de ander als een relatiestoornis, een derde als een verstrekkingsprobleem, de vierde als een metastase, en de vijfde als een psychiatrische complicatie.

Terwijl zo de besognes van de patiënt over een veelheid van deskundigen verspreid zijn, blijft in het ziekenhuis de aandacht voor het lichamelijk ziekteverloop voorop staan; pas als de patiënt in enig ander opzicht ook een geval geworden is, wordt een bijzondere hulpver-

lener voor dat aspect ingezet dat daarmee van de medische zorg wordt afgesplitst. Dat kan ontaarden in algehele fragmentatie en hulpeloze verwarring bij de patiënt.

Het is duidelijk dat patiënten meestal niet het gevoel hebben dat zij de diensten van een medicus hebben gehuurd maar dat zij het voorrecht genieten dat de arts wat van zijn schaarse tijd en van zijn veelgevraagde kunnen aan hun geval besteedt. Het zijn dan niet de artsen die naar de gunsten van hun patiënten behoeven te dingen, maar het zijn de patiënten die de hulp van de arts nodig hebben, het zijn de artsen die hun patiënten medicijnen en een behandeling 'voorschrijven', en de patiënten die die aanwijzingen opvolgen, 'compliant' zijn, volgzaam.

Waar in de beleving van de patiënt en zijn naasten wederkerigheid en gelijkwaardigheid van prestaties ontbreken, dreigt een gevoel van vernedering en ontering, van 'stigmatisering'. Daaraan is te ontkomen door vertoon van dankbaarheid[22] of ontzag als 'tegenprestatie' zoals Simmel zegt,[23] of door een beter besef van de ruilverhoudingen die in een veel breder verband besloten liggen in het stelsel van premies, belastingen, uitkeringen en honoreringen van de behandelende experts. Het afhankelijkheidsgevoel kan ook worden overgecompenseerd doordat de patiënt juist gaat eisen, klagen en beschuldigen. Ook de onwetendheid en onzekerheid[24] van de patiënt versterken de asymmetrie in de afhankelijkheidsrelatie met de medici die de informatie monopoliseren: 'certain kinds of goods and services may be of such a nature that they create marked inequalities of status between providers and users in any kind of exchange situation. This is especially likely to occur when one party has a monopoly, or near monopoly, of expert knowledge. Medical care offers a relevant example of this unequal distribution of knowledge.'[25]

Artsen en vooral medische specialisten behoren bovendien tot de hoogste inkomensgroep binnen de volkshuishouding. Zij verdienen meer dan het gros van hun patiënten. Hun langdurige opleiding en hun bijzondere vaardigheid verlenen daarbij een aanzien dat ver uitsteekt boven dat van de grote meerderheid van hun patiënten. Dat maatschappelijk status-overwicht wordt nog versterkt doordat de 'bedside manner' van de meeste artsen een getrouwe weergave is van de grootburgerlijke omgangsvormen van een halve eeuw geleden, waarschijn-

lijk door hoogleraren overgedragen als ‘algemeen medisch fatsoen’.

Een ziekenhuis is een sterk hiërarchische gemeenschap, de specialisten staan boven de zaalartsen, de verpleegsters[26] zijn lager in aanzien dan de medici. Door haar leeftijd en ervaring zijn de hoofdverpleegsters niet zonder meer de mindere van de jonge artsen, die zich slechts op hun formele kennis kunnen beroepen. Die status-inconsistentie tussen twee verschallende prestige-hiërachieën is aanleiding tot de klassieke conflictsituaties waarin een beginnend arts, ‘zo'n broekje’, het aan de stok krijgt met een ‘betweterige’ hoofdzuster. Voor patiënten met een gave tot manipuleren bieden die tegenstellingen een mogelijkheid om marginale voorrechten te veroveren, meer pijnstillers te krijgen, ‘omdat dokter het goed vond’, langere bezoekuren, grotere bewegingsvrijheid in het ziekenhuis, of vervroegd ontslag, ‘want de zuster vond het helemaal niet erg’.[27] Maar in beginsel heeft de patiënt zich te schikken in het oordeel van het personeel, niet omdat een jonge verpleegster meer te vertellen zou hebben dan een patiënt, maar omdat zij haar gezag ontleent aan dat van de artsen en de verpleegkundige leiding. Pas als de patiënt er weer in slaagt een hogere tegen de verpleegster uit te spelen, door bijvoorbeeld bij haar superieuren toestemming te krijgen voor een of ander klein privilege, kan hij haar aanwijzingen negeren.

De jonge vrouwen die het voedsel bereiden en rondbrengen staan weer lager in aanzien dan de verpleging, maar zij hebben althans nog enige opleiding. Geheel onderaan komt het schoonmaakpersoneel, vaak van buitenlandse herkomst en zonder bijzondere vorming. Omdat zij zozeer buiten de medische verzorging staan en dus ook geen verantwoordelijkheden dragen, kunnen zij juist vaak weer vrijmoediger en openhartiger met de patiënten omgaan: zij hoeven niet bang te zijn dat hun een gunst ontfutseld wordt of dat ze hun mond voorbijpraten over de toestand van de patiënt: zij hebben helemaal geen voorrechten of informatie te vergeven. Ook al omdat zij zo onaanzienlijk zijn, zullen patiënten minder moeite doen om zich tegenover hen goed te houden en ook dat maakt de omgang minder gekunsteld.

Voor de medische stand en dus in het ziekenhuis zijn in beginsel alle patiënten gelijk. Het onderscheid tussen de ‘klasse-afdeling’ en de overige afdelingen is dan ook strijdig met de professionele benadering zonder aanzien des persoons en met het eigentijds gelijkheids-

ideaal. Vooral verpleegsters en jonge artsen ergeren zich aan dat verschil en proberen het te relativeren door onderlinge grappen. Patiënten die op grond van hun 'klasse'-opname proberen meer voorrechten te verkrijgen dan in hun polis en in de reglementen staan opgesomd, stuiten al gauw op een stille tegenwerking die voortkomt uit professionele en democratische gelijkheidszin. Een voorkeursbehandeling krijgt een zieke niet door voorrechten op te eisen; de patiënt moet er iets voor doen en iets voor zijn; aanzienlijk, rijk of beroemd en in staat iets daarvan te laten afstralen op zijn verzorgers. In de kliniek gelden nog andere voorkeuren: het lot van jonge mensen grijpt de medepatiënten en het personeel veel sterker aan dan dat van bejaarde zieken. Van oude mensen wordt de aftakeling met meer gelijkmoedigheid aanvaard. 'Want sterven is eigenlijk voor oude mensen.'[28] Het overwegend jeugdig personeel zal zich sterker identificeren met jonge patiënten. Ook moeders met kleine kinderen wekken een intenser medegevoelin het ziekenhuis, zoals ieder die nog midden in het leven staat, een baan heeft en een gezin; voor hen 'is het nog geen tijd'. De 'sociale waarde' van patiënten in de buitenwereld speelt zo in een ziekenhuis ook een rol.[29]

Een ziekenhuis is een leefgemeenschap waarin het personeel jarenlang een groot deel van de tijd doorbrengt en de patiënten voor een beperkte periode al hun tijd. Dat vergt al aanpassing in een hotel, nog meer in een gevangenis; in een ziekenhuis zijn het niet zomaar 'onze manieren' waar een nieuwe patiënt zich naar schikken moet, de gedragsregels worden tot in de kleinste en soms onwaarschijnlijkste details gerechtvaardigd met de eisen van de medische behandeling, de hygiëne en de ter genezing vereiste rust.

Dat patiënten bed moeten houden, al zijn ze nog ter been en niet vermoeid, is om hun eigen bestwil. Dat ze maar weinig eigen spullen om zich heen kunnen spreiden is ter wille van de orde, niet huiselijke netheid, maar de medische orde: ter voorkoming van besmetting of om ruimte te bewaren voor medicamenten. Dat ieder bij het eten een vaste plaats heeft is geen kwestie van hoffelijke tafelschikking, maar dient om elk zonder mankeren het juiste medicijn te kunnen serveren.[30]

Die hygiëne als rationalisatie van medische tucht is niet van recente datum. Dat hygiënische vermijdingsregels in het dagelijks verkeer

ook dienen als rationalisatie van een toegenomen sociaal pijnlijkheidsbesef is aangeduid door Elias[31] en uitgewerkt door Goudsblom.[32] Voor ziekenhuizen is dit nog eens gedocumenteerd door Oosterbaan[33] in haar studie van de ontwikkeling in gedragsvoorschriften in het Oude en Nieuwe Gasthuis te Delft. Kragt[34] heeft het geïllustreerd aan de hand van omgangsbepalingen in handboeken voor de verpleegstersopleiding.

Werden in de oude godshuizen de gedragscodes nog gegrondvest op religieuze overwegingen en gold goed fatsoen in het begin van deze eeuw nog als een grondslag voor die omgangsvormen, moderne ziekenhuizen beroepen zich vrijwel uitsluitend op medische en organisatorische overwegingen om gedragsregels te rechtvaardigen, zelfs als het verband een buitenstaander ver gezocht voorkomt. Wie nu de orde van het ziekenhuis schendt, gaat weliswaar niet in tegen Gods gebod en zondigt ook niet tegen de goede vormen, maar riskeert wel het verwijt dat hij met zijn overtreding van de regels, al lijken ze nog zo onnozel, de behandeling belemmert en dus eigen en andermans genezingskansen schaadt.

Zo kan het medisch regiem op eigen gezag een huisorde in stand houden zonder een beroep te hoeven doen op strafbepalingen of op religieuze of morele normen, die controversieel zouden kunnen blijken.[35]

Het besef dat zich in mensengemeenschappen zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen een ordening ontwikkelt die voor elk mens afzonderlijk op ieder moment een gegeven is, getuigt al van meer inzicht dan de neiging om alle moeilijkheden in de omgang te willen herleiden tot de onaangename karaktertrekken of de kwade bedoelingen van de mensen met wie men te maken heeft en, omgekeerd, te geloven dat alles wat naar de zin gaat te danken is aan de inzet en de kwaliteiten van die medemensen. Maar deze winst aan begrip wordt weer tenietgedaan door de misvatting dat die orde kan ontstaan en voortduren geheel onafhankelijk van de mensen die deze orde naleven en zo met elkaar aangaan. Zo, als een ordening die buiten hun wil en buiten ieders wil voortduurt, beleven patiënten en personeel hun ziekenhuis ook, en zo wordt het maar al te vaak beschreven, bijvoorbeeld door auteurs van structuralistisch-marxistische huize, als ‘binômes d'idéologies et de sciences que sont les machines hospitalières à reconstruire la force de travail’.[36]

Die orde van het ziekenhuis, dat medisch regiem, hoe totaal ook,

wordt toch van dag tot dag in stand gehouden door de mensen die het met elkaar vormen, in minutieuze alledaagse routines, met strategische interventies en soms door krachtdadige crisisbeheersing.

Die orde is ook niet van de ene dag op de andere ontstaan of opgelegd, maar heeft zich gevormd binnen veel omvattender ontwikkelingen in de samenleving, als resultaat van weloverwogen hervormingsidealen, van welbewust overheidsingrijpen, uit de neveneffecten van technische en medische en organisatorische vernieuwing en door onopgemerkte veranderingen in de klasseverhoudingen of in de maatschappelijke positie van jonge vrouwen die een beroep konden gaan uitoefenen. Het is er hier niet om te doen die ontwikkelingen te traceren. Maar voor een nader begrip van de aard van het regiem dat nu in ziekenhuizen vigeert, is het nodig althans één aspect van die veranderingen toe te lichten.

Wie nu als patiënt of als bezoeker een ziekenhuis binnenkomt, aanschouwt geen gruwelijke taferelen, ziet geen mensen die het uitschreeuwen van angst of pijn, integendeel, hij treft een drukke maar ordentelijke bedrijvigheid aan bij het personeel, en een rustige maar al even ordentelijke afwachting bij de zieken.

Dat is niet altijd zo geweest. Twee eeuwen geleden nog ging het in de gasthuizen heel anders toe.[37] Zieken, oudelieden en armen lagen door elkaar, vaak meerderen in één bed bijeen. Regenten en ziekenoppassers handhaafden een harde orde en daarbij golden overwegingen van veiligheid en zuinigheid naast argumenten van fatsoen en goede zeden.

De ontwikkeling van het moderne ziekenhuis was er een van scheiding en verhulling. Behoeftigen en bejaarden verdwenen geleidelijk uit het gasthuis naar armenhuizen en tehuizen voor ouden van dagen. De zieken werden van elkaar gescheiden, jonge van oude patiënten en later besmettelijke van niet-besmettelijke, en chronische gevallen van acute en chirurgische. De patiënten werden steeds verder opgesplitst naar de specialismen die zich ontwikkelden. Naarmate er meer behandelingsmethoden beschikbaar kwamen, verschenen ook de beter gesitueerden in het ziekenhuis en zij moesten beschermd worden tegen de grove omgangsvormen van de traditionele gasthuisbevolking en kwamen op een eigen klasseafdeling te liggen. Ieder kreeg een eigen bed, en er kwamen minder mensen samen op een zaal te liggen.

Operaties, maar ook het lichamelijk onderzoek en de overige behandelingen werden aan het oog onttrokken in aparte behandelkamers en door de bedden af te schermen met gordijnen of kamerschermen. Bezoekers en ook kamergenoten werden minder en minder geconfronteerd met de aanblik van naakte lichamen, van wonden, van bloedige ingrepen, van stervenden en van lijken. Al deze veranderingen werden doorgevoerd met medische argumenten, ook al waren ze vaak ingegeven door de pijnlijkheidsgevoelens van de patiënten en verpleegsters uit burgerlijke kring die nu hun intree in het ziekenhuis deden, en door een toenemende distantie in de omgang tussen vreemden, waarop ook die patiënten aanspraak maakten.

In de tegenwoordige ziekenhuizen is vooral de kankerlijder een ontoonbare en een onaanraakbare. Dat hangt deels samen met de metaforen die in de volksverbeelding rondom de ziekte zijn uitgesponnen. Sontag legt sterk de nadruk op de associatie tussen kanker en een specifiek karaktertype, geneigd tot depressie en verdringing: 'cancer is now imagined to be the wages of repression.'[38]

Ik heb de indruk dat kanker vooral beleefd wordt als een 'vuile' ziekte, onreiner bijvoorbeeld dan reuma, hart- en vaatziekten of multiple sclerose. Dat heeft te maken met de wonden en zichtbare gezwellen die zich in een gevorderd stadium kunnen voordoen, maar het berust ook op de algemene noties over het ontstaan van die kwaadaardige nieuwvormingen. Hoewel mensen - zij het met moeite - bereid zijn om te geloven dat kanker niet besmettelijk is, ervaren zij kanker toch als een besmetting: met het vuil en het gif van de moderne, industriële levenswijze.

Kanker is een vervuilingsziekte. 'Cancer is a metaphor for what is most ferociously energetic; and these energies constitute the ultimate insult to natural order,' schrijft Sontag.[39] Kanker als demon van de moderne technologie.

Daarmee zijn de kankerlijders onrein tot de woekering is weggesneden, weggestraald of met chemisch tegengif is uitgebeten. Sontag wijst op de beeldspraak ontleend aan de oorlogvoering: 'invasie', 'weerstand', 'treatment also has a military flavor'.[40]

De zieken zijn aangetast, en voor zover dat naar buiten zou kunnen blijken, wordt het aan het oog onttrokken.

In een modern ziekenhuis is van die verwondingen of verminkingen niets te bespeuren. De patiënten liggen in bed, keurig verbonden

en toegedekt, verschoning en bewassing vinden letterlijk achter de coulissen plaats, achter gordijnen die het bed afschermen. Op de gangen, de meest openbare gedeelten van het ziekenhuis, kleden patiënten zich voor het verkeer: ze dragen een kamerjas, zijn gewassen, gekamd en verbonden. Ook al zien ze er vaak slecht uit, lopen ze soms met krukken of met een rijdende stellage van infuusflessen, ze bieden eerder een geheimzinnige, en dus griezelige, dan een gruwelijke aanblik. Alleen de ingewijden, de dokter, de verpleegster en soms een buurman op zaal, weten wat de patiënt verbergt. Zo is elke patiënt, goed verpakt of toegedekt, alléén met zijn wonden en gezwellen. Slechts artsen en verpleegsters mogen hem en moeten hem in zijn ware staat aanschouwen. En zij zijn ook de enige mensen die de aanblik kunnen verdragen en die zonder afkeer te tonen met het zieke lichaam kunnen omgaan. Dat hebben jonge artsen en verpleegsters vaak met veel zelfoverwinning en na krachtige vermaningen aangeleerd en nu stelt dit hen in staat de fysieke isolatie en de sociale mijding van de zieke te doorbreken en hem alleen al daardoor nader te komen.

In de ontwikkeling van het ziekenhuis voltrok zich dus ook in de onderlinge affectuitingen een scheiding en verhulling. De mensen in het ziekenhuis gingen elkaar steeds meer de aanblik besparen van heftige gevoelsbewegingen, hielden die voor zich en voor enkele vertrouwelingen. En ook hier werd een toenemend schaamtegevoel gerationaliseerd met pseudo-medische argumentatie: heftige angst of hevig verdriet was weliswaar niet besmettelijk maar wel aanstekelijk; het zou zowel de patiënt verzwakken die zich zo laat gaan als de medepatiënt die het aan moet zien. Flinke patiënten, patiënten dus die hun affecten weten te verbergen of te verdringen, zouden misschien ook eerder genezen en de mensen om hen heen helpen flink te zijn. In tegenstelling tot de lichaamshygiëne werd deze gevoelshygiëne nooit officieel medisch dogma, ze werd eerder gesuggereerd dan uitgedragen. In de ervaringswereld van het ziekenhuis lijkt echter bevestigd te worden dat flinke patiënten genezen en dat patiënten die niet flink zijn ziek blijven of zieker worden. ‘Flinkheid’ is het sleutelbegrip in de handhaving van het medisch regiem over de affectuitingen en de gevoelshuishouding in het ziekenhuis; het begrip wordt gehanteerd in het overgangsgebied tussen ‘Fremdzwang’ en ‘Selbstzwang’, als een middel in de ‘soziale Zwang zur Selbstzwang’: want hoewel iemand

uit zichzelf ‘flink’ moet zijn, zijn het telkens de anderen die daar vermanend en expliciet of bemoedigend en impliciet aan herinneren. De eigentijdse toegeeflijkheid tegenover angstige en huilende patiënten is in die ontwikkeling geen terugslag maar eerder een versoepeling, waarbij ervan wordt uitgegaan dat een patiënt geen scènes zal maken en geen paniek zal zaaien, maar dat hij, zonder zijn omgeving te verontrusten, tegenover zijn naasten of tegenover een arts of verpleegster, die daarvoor tijd heeft vrijgemaakt, iets zal laten blijken van gevoelens die verder ingehouden blijven; dat hij zich zal laten gaan, maar op een gepast moment, in de juiste omgeving: een ‘controlled decontrolling of emotional controls’.[41]

Ook de starre regeling van uitgaans- en bezoektijden, of van het wandelverkeer in het ziekenhuis, van kledij en voeding, van vermaak en versiering rond het bed, is verruimd: er valt over te onderhandelen met het verplegend personeel en de mogelijkheid tot beroep staat open bij de behandelend arts. Maar dat alles is geen terugtocht van het medisch regiem, veeleer de liberalisering van een regiem dat zich gevestigd weet en waar ook de mensen in het ziekenhuis zichzelf en elkaar aan hebben leren houden.

Ziekenhuizen zijn in de eerste plaats ingericht voor de medische behandeling van patiënten met methoden die zo omslachtig en tijdrovend zijn, een zo nauwkeurige toepassing vereisen, dat ze niet bij de dokter thuis of bij de patiënt aan huis kunnen worden uitgevoerd. Dat de patiënten ook dikwijls zo ziek zijn dat ze in bed moeten blijven, nauwlettend bewaakt en voortdurend verzorgd moeten worden, is een tweede overweging.

De kliniek is in de eerste plaats een behandelingscentrum ten dienste van de medische specialisten, pas in de tweede plaats een verzorgingstehuis voor patiënten; al brengt het eerste vaak het tweede onvermijdelijk met zich mee, dat is niet altijd het geval: ‘wij maken de mensen ziek,’ zeggen de artsen, als bijvoorbeeld patiënten die nog geen last van hun kwaal ondervinden, door operatie, chemotherapie of bestraling er een tijdlang beroerd aan toe zijn. Andere patiënten zouden heel goed hun normale levenswandel kunnen voortzetten, in elk geval nog in hun eigen omgeving kunnen blijven, maar zijn in de kliniek om steeds beschikbaar te kunnen zijn voor de behandeling en opdat de artsen de ontwikkeling van hun ziekte van moment tot moment kunnen volgen.

Als medisch-technisch behandelingscentrum vereist de kliniek een nogal ingewikkelde organisatie, waarin de juiste patiënten op het goede moment bij de aangewezen installaties moeten worden gebracht volgens het tijdschema van de dokter, waaraan ook het rooster van het overige personeel dient te worden aangepast. Dat is het logistieke probleem, op zichzelf ingewikkeld genoeg, maar als zodanig ook oplosbaar in de rekenkunde van de bedrijfsorganisatie. De kankerkliniek is geheel en al ingericht voor de oplossing van de logistieke problemen van de behandeling; alle andere kwesties die zich daar tussen mensen voordoen, worden gedefinieerd als afgeleide van die behandelingsproblemen, óf ze worden genegeerd. In de orde van het ziekenhuis zijn alle verwikkelingen rond het ziekteproces nevenverschijnselen, complicaties die het nevenresultaat zijn van het lichamelijk functieverlies; iedereen die met die bijzaken te maken krijgt dient zich te voegen naar de aanwijzingen van de behandelende arts en zich te schikken in het medisch regiem.

Zo is het ziekenhuis georganiseerd, zo zijn de bevoegdheden verdeeld en geordend, maar die ordening berust niet alleen op overwegingen van doelmatigheid en medische noodzaak, en is niet afdoende te verklaren uit de dominante statuspositie van de medische stand. Er voltrekt zich in het ziekenhuis, onuitgesproken, nog een ander proces; de medische behandeling is niet alleen het belangrijkste in het ziekenhuis, maar wordt ook het enige dat van belang is. Maar in de tussentijd leven artsen, verpleegkundigen en het overig personeel met die patiënten, met hun angsten en besognes en met de zorgen van verwanten.

Om nu een schematisch inzicht te verwerven in de aard van de ziekenhuisgemeenschap zou men zich die in kunnen denken als een ingewikkeld netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen waarin mensen op anderen zijn aangewezen voor de toewijzing van een schaars goed: anders dan in de buitenwereld is dat schaarse goed niet iets dat voor geld te koop is. De geldeconomie is binnen de muren van het ziekenhuis opgeschort en alleen de economisch directeur en de boekhouder bemoeien zich met de financiën. De hoofdzaak van het ziekenhuis, de medische behandeling, is niet het schaarse goed bij uitstek: elke patiënt krijgt ongeveer wat hij nodig heeft zonder al te veel vertraging. Toch werken de mensen in het ziekenhuis kennelijk onder pressie en is te merken dat patiënten, maar ook personeelsleden, op

allerlei manieren proberen iets te verwerven dat maar moeilijk te krijgen is, waaraan permanent tekort lijkt te bestaan: dat schaarse goed in het ziekenhuis is nog het best te benoemen als *aandacht*.

De patiënten vragen van het personeel bijna altijd meer aandacht dan verpleegsters of artsen bereid zijn te geven. Die ervaren het beroep dat op hen gedaan wordt als een beslag op hun tijd en zij hebben nog wat anders te doen: er zijn altijd andere patiënten die ook om aandacht vragen.

De verpleegsters op hun beurt vragen de aandacht van hoofdzusters en artsen, die het alweer druk hebben met andere zaken. De jonge artsen en hoofdzusters, tenslotte, moeten moeite doen om de aandacht te krijgen van de specialisten die immers hun schaarse tijd verdelen moeten over allerlei beslommeringen. Op het eerste gezicht kan het lijken dat tijd het schaarse goed is in het ziekenhuis, maar de patiënten die toch de minste tijd van leven rest, hebben in het ziekenhuis juist meer tijd dan ze lief is, hebben veelal niets om handen en besteden hun uren vaak in afwachting van de dokter.

De tijd van de specialisten is het kostbaarst, gemeten in geld, dus naar de maatstaf die buiten het ziekenhuis wordt aangelegd, maar ook afgaand op de claims die binnen het ziekenhuis op hun tijd gelegd worden. Maar alweer, de specialistentijd is binnen het ziekenhuis gratis en in de regel komt niemand tekort aan medische bemoeienis. Waar gebrek aan is, is iets anders, *aandacht*.

De aandacht die mensen in een ziekenhuis verlangen is te onderscheiden in vier soorten. De patiënten vragen allereerst medische bemoeienis in strikte zin, *behandeling*; de verpleging en de medische juniores behoeven zelf geen medische verzorging, maar verlangen duidelijke aanwijzingen voor hun werkzaamheden, *taakstelling* dus. Taakstelling en behandeling zijn direct met elkaar verbonden, ze horen beide tot de manifeste functies van het medisch personeel en er zijn duidelijke regels om uit te maken wie aansprakelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling en wie aan welke personeelscategorieën aanwijzingen voor de taakuitoefening moet geven. In beginsel kan het personeel een beroep op zijn aandacht ter wille van de behandeling niet weigeren en - ook al in beginsel - kunnen superieuren een beroep op hun aandacht om taken te regelen niet afwijzen. De prioriteit van medische behandeling en organisatorische taakstelling geeft dus claims van dien aard een voorrangsrecht. Dat

zal van belang blijken in de keuze van strategieën tot het verkrijgen van de verlangde aandacht. De derde soort aandacht die gevraagd wordt betreft informatieverschaffing. Patiënten wensen allerlei uitleg en inlichting over hun toestand, en verpleegsters of zaalartsen zijn mede daarom steeds op zoek naar aanvullende gegevens over de aan hun zorgen toevertrouwde patiënten. De enige gezaghebbende informatie komt van specialisten; de artsen-assistent of de verpleegsters kunnen slechts spreken op gezag van de specialist en moeten zwijgen over al datgeen wat hij niet meegedeeld wil hebben. Vandaar dat het lager medisch personeel steeds probeert te achterhalen wat de patiënt is meegedeeld en wat zij dus kunnen beamen en wat voor hem verzwegen is en dus ook door hen moet worden achtergehouden.

De vierde categorie aandacht is nog het moeilijkst te omschrijven, maar het is deze soort waaraan de behoefte onbegrensd lijkt, die vooral de aandacht haar karakter van schaars goed verleent: aandacht als steun; geen curatieve of informatieve bemoeienis maar affectieve aandacht, een emotionele bijstand door troost, vermaan, opbeuring, medeleven of begrip.[42] Patiënten kunnen heel terughoudend en zelfs afwijzend zijn in zulke toenadering, maar tegelijk gaat het ziekenhuispersoneel ervan uit dat hun behoefte aan steun in feite grenzeloos is en dat wie er eenmaal aan begint er ook voor lange tijd aan vastzit. Deze notie van een in wezen onbegrensbare behoefte aan steun maakt de aandacht in het ziekenhuis tot een schaars goed, iets waar altijd tekort aan is. Dat wordt nog eens versterkt door de behoefte van artsen en verpleging om steun te vinden bij collega's en meerderen, behoefte waarin niet steeds voorzien is en waar geen regelingen of faciliteiten voor bestaan, waaraan alleen tussen de regels door tegemoet gekomen kan worden.

Daarom heeft het personeel in het ziekenhuis het altijd zo druk; hoe hoger hoe drukker. Er wordt een permanent beroep gedaan op de aandacht van hogeren door lageren, van personeel door patiënten. Voor zover dat beroep de behandeling betreft of de taakstelling is het geregeld en begrensd, gaat het om informatie dan doen zich al problemen voor van geheimhouding en dubbelzinnigheid van mededelingen; maar als het aankomt op affectieve steun is in de organisatie en functie-omschrijving weinig of niets geregeld en lijkt de behoefte eraan ook onbeperkt.

Het kan nu lijken of hoog in deze hiërarchie de specialisten slechts

hun schaarse aandacht behoeven te verdelen over degenen die van hen afhankelijk zijn, zonder dat zij zelf van anderen zouden afhangen. Uiteraard zijn de specialisten op hun beurt aangewezen op het overige personeel om het patiëntenbestand adequaat te kunnen behandelen en zijn zij afhankelijk van een gestage patiëntenstroom om hun praktijk, hun onderzoek en de kliniek gaande te houden. Maar van elke verpleegster of iedere patiënt afzonderlijk zijn zij minder afhankelijk dan die zuster of die zieke het van hen is.

Gegeven dat het in dit netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen gaat om de verdeling van schaarse aandacht, is nu te bezien welke strategieën mensen kunnen hanteren om iets van die aandacht te verwerven of om hun aandacht naar eigen inzicht te kunnen schenken of onthouden. Heel vaak heeft dat beroep op andermans aandacht de vorm van een klacht. Van belang is dat een klacht die betrekking heeft op de curatieve of organisatorische aandacht de voorrang krijgt boven andere.

2. Afweerstrategieën in het ziekenhuis

Het medisch regiem wordt gerechtvaardigd in termen van de behandeling. De kwesties die zich in het ziekenhuis voordoen zijn oplosbaar voor zover ze zich in medische termen laten omschrijven.

De eerste strategie voor de oplossing van moeilijkheden die dat medisch kader te buiten gaan, is ze te vertalen in medische termen: de verschuiving, in dit geval de somatisering of medicalisering. Voor het personeel brengt dat met zich mee dat moeilijkheden te vertalen zijn in bedrijfsorganisatorische termen, als moeilijkheden rond de taakstelling dus.

Voor de jonge artsen die hun loopbaan in een ziekenhuis beginnen als arts-assistent, is de confrontatie met ernstig zieken en stervenden nog angstaanjagend. De nieuwkomers hebben het te kwaad met de ‘kandidaten-ziekte’, een vorm van hypochondrische betrekkingswaan: de nieuweling vreest te lijden aan elke kwaal waarmee hij kennismaakt. Maar zulke angsten houdt de nieuw-aangekomen medicus voor zich of hij laat ze aan enkele vertrouwelingen blijken. De nieuwe zaalarts die na een patiëntenbespreking bij zichzelf een knobbeltje in de hals meent te bespeuren, loopt ermee naar een ervaren hoofdverpleegster, die hem geruststelt maar toch aanraadt er ‘meteen naar te

laten kijken'. De hoofdverpleegster, op haar beurt, bekent in een vraaggesprek dat ze als het haar te machtig wordt weleens uithuilt bij een chirurg. De nieuwe verpleegster die haar afkeer niet verbergen kan bij het verwisselen van een buisje in de keel van een patiënt, wordt door de hoofdverpleegster vermanend toegesproken en voorlopig van de afdeling teruggetrokken. Hevige emoties blijven verborgen voor de patiënten en voor de collega's: 'Toen het verhaal van zijn sterven gedaan was, hield ik het niet meer. Ik rende naar de plee en jankte. Dat doe je niet waar andere verpleegsters bij zijn. Dat is een ongeschreven wet.'[43] En in het algemeen: 'Daar praat je met elkaar niet over; we praten over het werk; de andere ervaringen houd je voor jezelf.'[44]

De conflicten die openlijk, maar nog steeds verborgen voor de patiënten, worden uitgevochten, betreffen juist niet de behoefte aan steun en troost, maar worden geformuleerd in organisatorische termen, ze betreffen de taakstelling. De jonge arts verzet zich tegen zijn keuringsrooster, juist in een periode dat hij met zijn eerste sterfgevallen wordt geconfronteerd; de laborantes houden een protestactie vanwege de taakverzwaring, maar in groepsgesprekken blijken ze het toch vooral te kwaad te hebben met patiënten wier lot ze zich te zeer aantrekken.

In zulke gezamenlijke gesprekken laten specialisten, artsen, verpleegsters en laborantes wel iets merken van de emotionele druk die de omgang met zwaar zieke en gedoemde patiënten op hen uitoefent, maar ze willen hun patiënten en hun collega's dat niet laten blijken. De steun die ze elkaar wel geven en die hen ook sterkt, betreft wederzijdse hulp in het werk: 'voor elkaar inspringen', 'wederzijdse consultatie'. De collegiale solidariteit is niet in de eerste plaats steun door wederzijdse troost en geruststelling, maar blijkt uit de onderlinge verdeling van taken en uit de uitwisseling van informatie; ook hier een verschuiving van emotionele naar organisatorische en medische aspecten. Juist de specialisten, als dragers bij uitstek van het regiem, moeten in staat zijn hun angsten en zorgen te overleven; immers, als zij het niet zouden kunnen, wie dan wel?

Neigt het lagere personeel er al toe onvrede te vertalen in organisatorische bezwaren, de patiënten vertonen eenzelfde verschuivingsmechanisme in nog sterker mate: zij 'somatiseren' hun onbehagen, vertalen het in lichamelijke klachten en verlangen maatregelen in de

sfeer van de behandeling. Die neiging tot somatisering wordt meestal opgevat als een particuliere eigenschap van de betreffende patiënt, een persoonlijkheidstrek die samenhangt met zijn achtergrond en opleiding. Maar die verschuiving wordt ook uitgelokt door de afhankelijkheidsverhoudingen waarin de patiënt is opgenomen. Het personeel in het ziekenhuis is immers beroepshalve gehouden om op zijn lichamelijke klachten te reageren en dat geldt des te sterker voor ernstige, chronische zieken, bij wie ook schijnbaar onbeduidende pijntjes of ongemakken aanwijzing kunnen zijn voor een verergering van de kwaal, bijvoorbeeld voor een uitzaaiing.[45] Met een somatische klacht verzekert de patiënt zich dus van de aandacht van zijn verzorgers. Het personeel beseft dat en onder collega's worden klachten over een slapeloze nacht, een knellend verband, een lam gevoel of een pijnlijke plek ook wel afgedaan als een poging van patiënt om 'de aandacht te trekken', dus om getroost, gerustgesteld of opgebeurd te worden. Maar: 'dan is er dus niets aan de hand.' Een lichamelijke klacht wordt vrijwel altijd ernstig genomen en gecontroleerd, maar rijst het vermoeden dat van een verschuiving sprake is, dan wordt de klacht veelal terzijde geschoven, of wordt erop gereageerd met klein, vriendelijk dienstbetoon dat de somatische vertaling in stand laat: 'mensen lijden soms zo ontzettend om onnozele dingen. Je moet de patiënt geven wat hij nodig heeft, een biertje, een slaappilletje, een receptje, zijn kussens nog eens opschudden.'[46] De verpleegsters realiseren zich dat het daar niet werkelijk om gaat, dat het klagen dikwijls voortkomt uit angst en eenzaamheid van de patiënt, maar zij menen ook dat de zieke bij vertrouwelijke gesprekken en intieme gevoelsuitingen niet gebaat zal zijn.

De verontrusting die patiënten kunnen oproepen bij de mensen die hen verzorgen, wordt ook vertaald in feitelijke onzekerheid: de patiënten vragen informatie en de jonge artsen, laborantes en verpleegsters geven die vraag door. Ze zouden meer willen weten van de genezings- en overlevingskansen van de patiënt. Maar tegelijkertijd zeggen de verpleegsters en laborantes dat ze die kennis ook niet goed zouden kunnen verdragen en niet zouden weten hoe ze die vooruitzichten voor de patiënten zouden moeten verzwijgen. Ook deze tweeslachtigheid is het gevolg van een verschuiving: de angstige onzekerheid van de patiënt verontrust ook zijn verzorgers, maar de verzor-

gers brengen die onrust over als een vraag om feitelijke informatie die ze tegelijkertijd niet wensen omdat ze in werkelijkheid evenals de patiënt geruststelling verlangen. Voltrekt zich de verafhankelijking onder het medisch regiem ten dele door klachten van andere herkomst te vertalen in medische en organisatorische termen, voor een ander deel worden klachten in het ziekenhuis genegeerd en geweigerd. Patiënten zullen hun vragen inslikken alleen al omdat ze er net als gezonde mensen tegen opzien om een beroep te doen op iemand anders.[47] Voor ernstig zieken is er nog een andere reden om hun moeilijkheden maar voor zich te houden: als ze hun angsten eenmaal uitspreken, worden die daarmee ook waargemaakt, gezegd, gehoord en herinnerd. En, ergst van al, wie zijn bange vermoedens uitspreekt riskeert daarmee dat ze niet worden tegengesproken, of dat ze zo dubbelzinnig worden beantwoord dat de twijfel des te sterker oplaait: 'Zuster, wat zei de dokter tegen u op de gang? Ga ik dood?' 'Nee hoor, u heeft een enkele reis.'[48]

Houden de zieken zich stil om zichzelf te sparen, ze willen ook hun mede-patiënten en het personeel niet belasten: de mensen hebben het toch al zo moeilijk. 'Het is je eigen probleem en je moet het zelf oplossen.' Brengt een patiënt zijn ziekte toch ter sprake, dan schrikt hij soms van de ontsteltenis van zijn toehoorders: 'Is het zó erg?'[49] Maar al te vaak weten de mensen rondom de zieke zelf ook geen raad met het onderwerp, schrikken, worden verlegen, of proberen krampachtig zich in bedwang te houden en met dooddoeners of grapjes het gesprek in andere banen te leiden.

Als de patiënt er zelf niet over begint zullen anderen vrijwel nooit het onderwerp aanroeren. En wat zo gezamenlijk verzwegen wordt, kan de patiënt trachten te vergeten.

Ook onder elkaar oefenen patiënten soms een uiterst subtiele pressie uit om hun klachten voor zich te houden. Een patiënt vertelt een nieuwelinge hoe in een ánder ziekenhuis de zusters de pik kregen op een zieke die alsmaar klaagde; 'houdt u zich toch flink, mevrouw', hadden ze gezegd, 'neemt u eens een voorbeeld aan die dame daar' - de spreekster zelve.

Patiënten vrezen ook dat ze met hun geweeklaag en hun treurnis hun omgeving van zich zullen vervreemden. Er is eigenlijk maar heel weinig bekend over de steun die de allernaaste verwanten - de laatst overgeblevenen in het netwerk - aan hun zieke geven. In de conversa-

tie onder chronische patiënten klinkt de waarschuwing: ‘Je hebt mensen die over niets anders dan hun ziekte kunnen praten, die worden gemeden door anderen!’ En zo leren de zieken elkaar hun emoties te bedwingen.

In die wederkerige affectbeheersing is ‘flinkheid’ de sleutelterm. ‘Ik dacht wel, nu moet ik flink zijn en laten zien wat ik waard ben.’[50] Flinkheid simpliceert de beheersing, minstens de maskering van angst en zorg, vertoon van opgewektheid, geduld, vertrouwen in de behandeling, inschikkelijkheid jegens artsen en verpleegsters. Die flinkheid is niet alleen ziekenplicht en een blijk van morele kracht en van karakter, in de ziekenhuisfolklore gaat er nog een andere betekenis in schuil: door flink te zijn kan de patiënt het verloop van zijn ziekte beïnvloeden: ‘De helft doet de dokter en de helft doe je zelf.’ De artsen zullen het zelden met zoveel woorden zeggen, maar ze zullen ook niet ontkennen dat de patiënt door zijn geestelijke instelling iets aan het ziekteproces kan doen. Toch beschouwt de geldende medische leer kwaadaardige nieuwvormingen als een strikt somatische ontwikkeling die zich onafhankelijk van de gemoedstoestand van de patiënt voltrekt. Uiteraard kan een zieke zich ‘beter voelen’ en het misschien mentaal ook ‘langer volhouden’ als hij een geesteshouding weet te vinden die bij zijn situatie past. En dat is waarschijnlijk wat dokters en verpleegsters bedoelen als zij een patiënt opbeuren en aansporen om flink te zijn, niet te wanhopen en opgewekt te blijven. Maar deze aanmoedigingen gaan een eigen leven leiden en voor veel patiënten gaat ‘flink zijn’ betekenen dat zij iets kunnen veranderen aan de eigenlijke celwoekering, dat zij kunnen ‘terugvechten’. ‘Toch weet ik zeker dat ik dit alles ook mede aan mijn eigen inzet te danken heb. Ik werkte aan mijn gezondwording met een onverzettelijkheid die aan het onmogelijke grensde. Ik stond in die tijd toch verbaasd over mezelf, over wat ik allemaal niet presteerde. Ik was er verrukt over en het kostte me niet de minste moeite om blij en gelukkig te zijn.’[51]

Flink zijn betekent ook leven alsof de levensbedreigende ziekte niet bestaat. ‘Want als je dat toegeeft, kost je dat jaren van je leven.’

Met deze verweven en verscholen betekenissen op de achtergrond wordt de stelregel om toch vooral flink te zijn ook enigszins dreigend: beheerst u toch, houdt u zich toch in, want als u de zelftucht laat verslappen en uw angsten vrijuit laat blijken, verergert u zelf uw ziekte nog en tast u bovendien de gelijkmoedigheid van uw mede-patiënten

aan en ontstaat er straks nog paniek op de afdeling. Geen arts die het zo tegen zijn patiënten zal zeggen, maar toch krijgen de aansporingen en de bemoedigende woorden van personeel en patiënten onderling deze betekenis en is het effect ervan een verdere versterking van het decorum en de orde in het ziekenhuis.

De lichamelijke genezing is gediend met affectbeheersing door de patiënten; dat is geen officiële en openlijke medische opinie, maar werkt als een onweersproken, halfverborgen en pseudo-medische gedachte door.

Flink zijn betekent allereerst niet klagen. De zakelijke en enigszins onderkoelde manier waarop het personeel de patiënten veelal benadert, dient ook om klachten te voorkomen. 'Verder blijkt uit observatiegegevens dat in ruim de helft van de gevallen waarin de patiënt een vraag (c.q. een opmerking) van persoonlijke aard stelt (c.q. maakt), de arts hier niet op ingaat,' rapporteert een waarnemer uit de polikliniek van het kankerziekenhuis.[52]

De bange vragen van patiënten kunnen derhalve door een zekere preoccupatie met medische en organisatorische besognes en door een vage afwezigheid, ook vermeden worden door een actievere manier van optreden.

Tot zulke ingrepen die klachten moeten smoren horen de 'gebiedende monterheid', de 'dwingende scherts' en het openlijk vermaan.

De eerste manier van optreden past in het klassieke repertoire van de stereotiepe verpleegster. De zuster komt binnen met een nadrukkelijke begroeting, prijst de dag, looft de aanblik van de zaal, constateert vooruitgang alom en staat niemand toe zich aan deze opmontering te onttrekken: 'We voelen ons alweer heel wat beter vandaag!'

Op deze exclamaties past geen antwoord en al helemaal geen ontkenning. Met het woordje 'wij' drukt de verpleegster uit dat zij mede namens de patiënten spreekt en geen weerwoord verwacht. Onuitgesproken veronderstelling in deze opmonteringsdwang is dat de patiënt opknapt alleen al door het zich te laten aanleunen. Evenzeer onuitgesproken gevolg van zulk optreden is dat de verpleegster veel geweeklaag bespaard blijft en dat de patiënt die er toch met gemor op durft te reageren zichzelf buitenspel zet als een onverbeterlijke kniesoor: 'U bent ook nooit tevreden.'

De tweede omgangsvorm die klagen moet voorkomen is de scherts: een verpleegster die afscheid neemt vóór ze met vakantie gaat, voert

met een collega een samenspraak op met als strekking dat ieder op zijn beurt uit het ziekenhuis afreist naar vrolijker oorden. Een patiënt die wordt opgehaald voor bestraling komt komisch dreigend op de laborante af. Gezonde bezoekers worden grappend met dood en verderf bedreigd. Het voedsel dat niet smaakt wordt uitgemaakt voor 'krachtvoer' dat het herstel zal versnellen. Kleine komedies met de teneur: 'Wat zou het hier leuk zijn als het hier leuk was.'

Een derde soort optreden is zeldzamer in het moderne ziekenhuis: de vermaning. Een pastor houdt een patiënt voor: 'Wees toch flink, denk je eens in wat jouw geklaag moet betekenen voor je vrouw en kinderen.' Ook patiënten onderling herinneren elkaar wel eens aan de codes van ingetogenheid en beheersing die in het ziekenhuis in acht genomen zouden moeten worden, soms met de draai dat de verpleging dat verlangt. Jonge verpleegsters en laborantes die zich niet goed meer kunnen houden krijgen de les gelezen door een oudere zuster: 'Als jij er al niet tegen kan, denk je dan eens in hoe erg het voor de patiënt zelf is. Voor hem moet jij je toch kunnen beheersen.'

In de verpleegstersopleiding luidt het steevast vermaan: 'Pull yourself together',[53] en aankomende medici leren deze zelfbeheersing al in het begin van hun opleiding, op de snijzaal, waar het practicum ook dient als ontgroening. Wouters en Ten Kroode menen 'dat de voornaamste manier waarop deze "flinkheid" wordt verworven en in de praktijk gebracht, op ontkenning en verdringing van als "week" getypeerde gevoelens berust'.[54] Zij voegen daaraan toe dat juist de dominante positie van medici in een sterk hiërarchisch werkverband hen dwingt hun emoties zo strak te beheersen tegenover patiënten en lager personeel. Dit vertoon van onbewogenheid maakt deel uit van het medisch beroepsideaal: 'al doende het onaandoenlijke' tonen artsen en verpleegsters hun vakbekwaamheid.[55] De flinkheid van patiënten is het complement van deze professionele onbewogenheid. De affectbeheersing van de een steunt de ander in de beheersing van zijn affecten.

De emotionele afstandelijkheid tussen de mensen in het kankerziekenhuis wordt nog versterkt doordat zoveel patiënten, vaak toch nog onverwacht, sterven. Vandaar dat patiënten soms vriendschapsbanden met mede-patiënten vermijden, uit angst opeens met hun sterven geconfronteerd te worden. Ook verwanten en vrienden mijden daarom soms de terminale zieke: Thus dying friends are avoided by those

who cannot face the physically altered person or even simply the torture of visiting.[56] Artsen, maar vooral verpleegsters leren om zich niet aan ernstig zieke of stervende patiënten te hechten: ‘De volgende ochtend kwam ik op de afdeling en keek in de kamer van meneer O. om hem te groeten. De kamer was leeg. Een donderslag bij heldere hemel. Hij was natuurlijk dood! Ziedend was ik, had ik daar verdomme wekenlang al mijn energie voor aan hem gegeven en dan gaat hij zomaar de pijp uit.’[57] Dergelijke ontstellende ervaringen strekken de jonge verpleegsters tot lering en maken hen afstandelijker.[58]

De mogelijkheid dat iemand spoedig zal sterven, maakt de mensen om hem heen angstig om hem te verliezen, angstig om met lijden en dood te worden geconfronteerd en aan de eigen sterfelijkheid herinnerd te worden. Zij worden ook gehinderd door ‘de merkwaardige verlegenheid die de levenden in de nabijheid van stervenden bevangt. Zij weten vaak niet goed wat te zeggen. De woordenschat voor het gebruik in een dergelijke situatie is vrij armzalig. Gevoelens van pijnlijkheid houden de woorden terug. Voor stervenden zelf kan dit zeer bitter zijn. Nog in leven zijn ze al verlaten’.[59]

Voor artsen en verpleegsters is die dreiging van de dood reden te meer om hun beroepsmatige distantie te bewaren.

De medische onaandoenlijkheid wordt in laatste instantie ingegeven door een emotionele identificatie met de patiënt: het is om zijnentwil. Die ingehoudenheid is daarmee geruststellend, maar behelst ook een aanwijzing aan de patiënt om zich in te tomen. Deze krachtige affectbeheersing in de omgang met patiënten heeft een parallel in de sterke inperking van emoties tussen lagere en hogere rangen van het personeel. De gezagsverhoudingen in het ziekenhuis brengen met zich mee dat artsen en hoofdverpleegsters hun ergenis en vermoeidheid verbergen tegenover verpleegsters en dat verpleegsters verontwaardiging en verontrusting tegenover hogeren intomen.

Veel artsen hebben de gave om zonder omhaal van woorden met een enkel gebaar, door een bekwame handgreep of met een vriendelijke aanraking het lichamelijk contact te maken dat troost en geruststelt. Het betekent al heel veel als dokters en verpleegsters onbevreesd en bekwaam met hun verwonde patiënten kunnen omgaan en dat is ook wat ze in hun opleiding leren en van zichzelf eisen. Een huisarts vertelt jaren later nog met schaamte dat hij op huisbezoek bij een bejaarde kankerpatiënte die haar operatiewond wilde tonen, liever van

onderzoek afzag, terwijl dat nu net was wat de patiënt nodig had.

In het ziekenhuis is de gewone gang van zaken afgemeten, efficiënt en afstandelijk. De bedden worden opgemaakt, het eten rondgebracht en de bestralingsapparatuur ingesteld zonder veel conversatie, behalve het strikt noodzakelijke. Maar niet alle steun hoeft expliciet als emotionele bijstand te worden gegeven. Het eigenlijke verpleegwerk kan soms op zichzelf al troosten en geruststellen. De zuster die een ver afgetakelde patiënt geduldig wast en verschoont is ook de enige die hem durft aan te zien en aan te raken zonder afkeer of angst, die rustig en bekwaam weet om te gaan met het lichaam dat de patiënt zelf zo kwelt en beangstigt. De zieke ziet op een afstand andere, gezonde mensen voorbijgaan en durft er zelf nauwelijks aan te denken hoe zijn lichaam eruitziet. De verpleegster kan die aanblik wel verdragen en weet met die wonden en gezwellen kundig om te gaan en bevrijdt de patiënt daarmee even uit zijn isolement.[60]

Tegelijk met de versoepeling in de omgang met patiënten bepleiten moderne verpleegkundigen ook een democratisering van de gezagsverhoudingen tussen hogere en lagere personeelsleden in het ziekenhuis. Maar flexibeler gezagsverhoudingen veronderstellen dat het ondergeschikte personeel uit zichzelf de onaangename en zware taken zal verrichten; en soepeler omgang met de patiënten vereist ook dat hetzelfde personeel meer emotionele aanspraken van de patiënten zal kunnen verdragen: de emancipatie van het verplegend personeel stelt dus ook zwaardere eisen aan de zelfsturing en de affectbeheersing van verpleegsters. Blijkbaar ervaren hedendaagse verpleegkundigen het als vanzelfsprekend dat zij tegen die opgaven opgewassen zullen zijn, ook al omdat ze die nieuwe vereisten helemaal niet meer als belastende eisen herkennen maar als gaven waarover ze ‘vanzelf’ en ‘van huis uit’ beschikken. In hun verzet tegen een hiërarchisch en als star ervaren medisch model beseffen zij evenmin als hun superieuren hoezeer ze zelf al dragers en uitdragers geworden zijn van een medisch regiem, zozeer dat ze het verder zonder regie menen te kunnen stellen.

Niet tijd is het schaarse goed in het ziekenhuis, maar aandacht. De patiënten hebben alle tijd, het personeel komt steeds tijd te kort. De patiënten wachten op de verpleegster om te worden verschoond, op de dokter om te worden nagekeken. De verpleegsters op haar beurt moeten afwachten tot de arts zijn opdrachten geeft of moeten naar

hem op zoek om instructies te vragen. De lageren wachten op de hogeren, de hogeren worden gezocht door de lageren.[61]

Dat tijdgebrek van artsen en verpleging is niet altijd het gevolg van een overbelast werkschema. Het personeel heeft het ook druk omdat het onder druk Staat: onder pressie om patiënten en ondergeschikten de affectieve aandacht te geven die ze behoeven. Om van een beroep op steun verschoond te blijven gebruiken artsen en verpleegsters de claims van anderen als excuus: 'Er is nog zoveel te doen, er zijn nog zoveel anderen die verzorging behoeven, ik kan niet op uw wensen ingaan.' Juist omdat de patiënten alle tijd hebben, gaan artsen en verpleegsters ervan uit dat zij een onbegrensd beslag op hún tijd zullen leggen als ze de kans ertoe krijgen: wie eenmaal ingaat op de eisen van een zieke zal zich niet meer van hem los kunnen maken.

En dat onbeperkt tijdsbeslag is beeldspraak voor het onbegrensd emotioneel beroep dat de patiënten zouden doen op hun verzorgers als zij eenmaal hun angst en zorg zouden uiten. Juist omdat zoveel emotie onuitgesproken blijft, heeft de notie postgevat dat die woordeloze emotie ook grenzeloos is.

De enig geldige manier om een claim van een patiënt te negeren is hem te pareren met de claims die ongenoemde andere patiënten zouden leggen. Natuurlijk zou de dokter of de zuster wel willen aanhoren wat de zieke te zeggen heeft, ware het niet dat er nog andere zieken zijn die er al even slecht of erger aan toe zijn en wier verzorging nu dringend hun aanwezigheid elders eist. Niet dat zusters of dokters kortaf of bruusk zouden zijn jegens patiënten. Een zekere gepreoccupeerde afwezigheid volstaat meestal, een vage blik, een half antwoord dat suggereert dat de taak alweer roept.

Dat is ook zo, het is óók zo. De optimale benutting van de kostbare apparatuur, de maximale bezetting van het beddenbestand, de efficiënte bedrijfsvoering nopen tot een krap bemeten tijdsbesteding. Maar dat tijdgebrek komt het personeel ook van pas in het vermijden van pijnlijke en belastende contacten met patiënten. Dat kan leiden tot trekken en zeuren van patiënten die nog één anekdote willen verhalen, nog één ongemak willen beschrijven, terwijl de arts of de verpleegster al bij de deur staat. Van de weeromstuit wordt de patiënt het eisende en drenzende personage dat het personeel toch al verwacht.

Dit elkaar versterkend gedrag van trekken en onttrekken is te

doorbreken door expliciete (of meta-communicatieve) interventies: ‘U zou nu graag even willen praten, maar het komt mij op dit moment niet gelegen; vanmiddag heb ik wel de tijd en dan kom ik bij u zitten.’ Op termijn is de tijd daartoe meestal wel beschikbaar, maar dan zit de dokter of de zuster er ook aan vast.

Toch zou zo een afspraak voor een gesprek met de patiënt op een tijdstip dat de verpleegster of de arts wel gelegen komt het patroon van zeuren en afschepen kunnen doorbreken: de conversatie hoeft niet eens lang te duren, als de patiënt in dat tijdsbestek maar de volle aandacht krijgt: als hij alles zeggen en vragen kan wat hij wil.

De strijd om de aandacht, uitgevochten onder het mom van drukte, speelt zich ook af tussen zusters en jonge artsen enerzijds en de specialisten aan de andere kant. Het lagere personeel heeft de ervaren medici nodig voor informatie en taakstelling, en ook ter geruststelling. In beginsel is vrijwel iedere ingreep onderworpen aan de goedkeuring van de artsen en zou een verpleegster voor alles instructie moeten hebben.[62] In feite treedt de verpleging tamelijk zelfstandig op en loopt daarbij het risico ten onrechte op eigen oordeel af te gaan.[63] Dat geldt in mindere mate ook voor de zaalartsen. Maar het is ondoenlijk om voor iedere kleinigheid het oordeel van de specialist te vragen. Min of meer stilzwijgend is in het ziekenhuis voor dit dilemma de oplossing ontwikkeld dat de ondergeschikte zodra een vraag rijst de behandelende specialist moet zien te vinden. Die, van zijn kant, beschermt zich tegen een overmaat van onderbrekingen door zich tamelijk onbereikbaar te houden: is er echt iets aan de hand, dan zullen ze hem toch wel weten te bereiken. De moeite van het zoeken is een graadmeter voor het belang van de zaak. De betrekkelijke onbereikbaarheid van de stafmedici is voor hen functioneel en laat ook de ondergeschikten een zekere mate van vrije beslissingsruimte. Vandaar dat alle pogingen om de specialisten onmiddellijk bereikbaar te maken (aanwezigheidsroosters, bordjes op de deur, oproep-ontvangers, enzovoorts) tot mislukking gedoemd zijn: als de specialist inderdaad volledig bereikbaar wordt, moet de ondergeschikte hem dus ook telkens raadplegen, want elk excuus om daarvan af te zien is weggevallen, de specialist wordt voor elke kleinigheid benaderd en in zijn werk aan één stuk door onderbroken.

Een onderscheid in ‘dringende’ en minder urgente vragen biedt al evenmin uitkomst: wanneer twijfel rijst is meestal ook onduidelijk

hoe dringend de kwestie is en zal het lager personeel er een spoedzaak van maken als daarmee wel onmiddellijk toegang tot de specialist te krijgen is. Na verloop van tijd zijn alle vragen om instructie ‘dringend’ geworden.

Is de specialist moeilijker te bereiken dan verwerven de verpleegsters en de zaalartsen een grotere eigen beslissingsmarge maar werken ook steeds met de onzekerheid of ze hem eigenlijk niet hadden moeten raadplegen. Die twijfel raakt vermengd met de overige angsten en onzekerheden die het werk met ernstige, chronische zieken bij artsen en verpleegsters oproept. Dat samenstel van gevoelens maakt het lagere personeel nog eens zo afhankelijk van de hogere medici, en sterkt dezen in het gevoel dat iedereen een beroep op hen doet en dat zij daarin ten onder zouden gaan als ze zich er niet tegen zouden beschermen.

Hoe belangrijker iemand is in het ziekenhuis, des te meer moet hij zich verdedigen tegen de aanspraken die afhankelijker mensen op hem maken. Dat is het mechanisme van de drukte onder het medisch personeel. Zo moeten ook de verhalen begrepen worden die in ziekenhuizen de ronde doen over artsen die uit onervarenheid of onbezonnenheid wel ingingen op de verlangens van patiënten. De zieke laat zo iemand niet meer los, is de moraal van die verhalen en de dokter heeft spijt dat hij er ooit aan begonnen is. Met dergelijke vertellingen worden nieuwkomers ingewijd in de affectieve reserve die medici jegens patiënten en ook tegenover ondergeschikten in acht nemen.

Toch zou kunnen blijken dat deze verwachting van ‘overstelpende’ en ‘grenzeloze’ emotionaliteit van patiënten die zich eenmaal laten gaan juist het resultaat is van de mate waarin affecten worden verdrongen en onderdrukt: in een soepeler affecthuishouding hoeft de gevoelsuiting niet noodzakelijk mateloos te zijn.

Het is onder sociologen gebruikelijk om de medische stand een kennis-monopolie toe te schrijven in kwesties van ziekte en gezondheid, terwijl medische informatie toch alom verkrijgbaar is uit adviesrubrieken in kranten, uit medische encyclopedieën of andere populairwetenschappelijke literatuur. Sterker nog, er is een georganiseerde en volgehouden campagne van gezondheidsvoorlichting gaande op allerlei fronten in de samenleving. En toch blijkt de arts als het erop aankomt het monopolie van geldige medische kennis te bezitten. Als

het erop aankomt gaat het immers altijd over iemand in het bijzonder, een concreet geval, en dan blijkt dat algemene medische kennis niet zonder meer toepasbaar is, niet in een afzonderlijk geval kan gelden zonder allerlei specifieke afweging en niet zonder de toetsing aan geneeskundige ervaring en het klinisch oordeel. Dan blijkt ineens dat de lectuur van medische handboeken niet genoeg is, integendeel heel misleidend kan zijn, en dat allerlei lekenadvies en de uitwisseling van ongeschoolde ervaring geen uitsluitsel geeft.

Dit geldt ook voor juridische kennis: een buitenstaander die goed is ingevoerd in de algemene wetskennis raakt het spoor bijster als hij in een proces terechtkomt en zelf de min of meer vertrouwde rechtsregels moet toepassen op zijn zaak. Juist in de kernkwestie, de beoordeling van zijn kansen in een rechtszaak en de afweging van de merites van een schikking, blijkt zijn kranten- en boekenkennis ontoereikend en moet hij afgaan op het oordeel van de vakjurist, gescherpt door proceservaring en jarenlange omgang met jurisprudentie.

Ten dele is deze irrelevantie van lekenkennis, ook van goed geinformeerde buitenstaanders, het resultaat van de structurering van de beroepspraktijk: de rechtsvordering of de echtscheidingspraktijk is zo ingericht dat het leken bijzonder moeilijk wordt gemaakt aan de hand van een overzichtswerk hun eigen zaken te regelen. Net zo is het medische leken vrijwel onmogelijk gemaakt een betrekkelijk simpele acute infectie zelf te behandelen met de standaardtherapie die daarbij routine is, al was het maar omdat de medicamenten slechts op recept verkrijgbaar zijn.

Maar de ongeldigheid voor het concrete geval van de algemene kennis die voor leken makkelijk toegankelijk is hangt ook samen met de aard van de professionele expertise, die immers voor een deel ervaringskennis is, accumulatie van praktijkervaringen, eruditie in grote aantallen gevalsbeschrijvingen, de haast intuitieve afweging van een open verzameling toepassingsregels van beperkte en problematische geldigheid. Wil een beroep uitgroeien tot een professie, die zich dus steeds weer aan de greep van lekencliënten en lekenburocraten kan onttrekken, dan moet het vak moeilijk genoeg zijn om er een mensenleven dagwerk aan te hebben.

Juist chronische ziektes verlopen dikwijls grillig en tamelijk onvoorspelbaar. Vooral bij ongeneeslijke of heel moeilijk te genezen ziektes is niet zonder meer uit te maken welke resultaten op ieder mo-

ment te verwachten zijn van de ene of de andere behandelingswijze. Daarmee onttrekken de prognose en de therapie zich vrijwel geheel aan het lekenoordeel. Zo is het monopolie van relevante kennis voorbehouden aan de specialisten en in het bijzonder de superspecialisten van de kliniek.

Geheel onbedreigd is dat monopolie niet. Het bestaat immers bij de gratie van de natuurwetenschappelijke benadering in kliniek en laboratorium. Daarbuiten bestaan andere, alternatieve, geneeswijzen die zich baseren op hetzij magische, hetzij psychogenetische opvattingen van ziekte, en meestal op een mengeling van beide. Gedurende het tweede heroïsch tijdperk van de geneeskunde, tussen 1940 en 1970 (het eerste volgde op de ontdekking van ziektekiemen en hun bestrijding in het laatste kwart van de vorige eeuw) was die alternatieve praktijk vrijwel geheel ondergronds gedrongen. Met de verminderde meeropbrengst van de uitbreiding van het medisch regiem in de afgelopen tien, twintig jaar zijn de magische en psychogenetische alternatieven meer in de belangstelling geraakt. Er is tussen de dominante medische behandelingswijze en de overige geneeswijzen een schikking gevonden: de natuurwetenschappelijke diagnostiek en therapie behouden de voorrang, maar andere behandelwijzen worden getolereerd zolang de patiënt zich maar tijdig bij de scientistische arts meldt en de alternatieve therapieën niet interfereren met de officieel-medische behandeling.

Met dat al beschikt de behandelende specialist tegenover de patiënt en zijn naasten over een monopolie op de relevante informatie, zeker zolang hij nog effectieve behandelingen in het vooruitzicht kan stellen. Zoals gezegd, de aanzegging van de kwaal komt tegelijk met de mededeling dat er zulke behandelingen bestaan en de verwijzing naar de gespecialiseerde kliniek houdt tweeërlei in: de patiënt is ernstig ziek en hij kan nergens beter terecht voor behandeling. De eerste cognitieve bewerking die de patiënt in de kliniek ondergaat is dat de artsen hem ervan trachten te overtuigen dat zijn genezingskansen beter zijn dan hij geneigd is te denken.[64]

Onder leken doet het syllogisme opgeld dat iemand die kanker heeft, eraan doodgaat en als iemand de ziekte overleeft, was het dus geen kanker. De patiënt verweert zich tegen deze sluitreden meestal door de aard van zijn ziekte te loochenen, hij heeft geen kanker, niet ‘K’ of‘de ziekte’, maar iets anders: een zwelling of vergroeiing, een

poliep of zweren. Dat lijkt op het eerste gehoor een taaie ontkenning van een onmiskenbaar feit: hij is toch niet voor niets opgenomen in een kliniek die alom bekend Staat als een kankerziekenhuis. Bij navraag blijkt dat de zieken, ook al houden zij vast aan hun particuliere benaming van hun kwaal, zich daarbij toch voorstellen dat er in hun lichaam een proces op gang gekomen is dat het functioneren van een of ander orgaan dreigt aan te tasten en dat zich mogelijkerwijs over aangrenzende lichaamsdelen kan verbreiden. Dat komt neer op een kwaadaardige nieuwvorming, een gezwel met gevaar voor uitzaaiing. Het medisch personeel en ook de patiënten wachten zich wel een patiënt te corrigeren in zijn eigen benoeming van zijn kwaal. Alleen als de patiënt er uitdrukkelijk om vraagt, wordt hem zijn diagnose in medische termen medegedeeld en alleen als hij met nadruk doorvraagt, worden hem daarbij de overlevingskansen voorgelegd. De prognose stoelt immers op de kansberekening op grond van grote aantallen vergelijkbare gevalsbeschrijvingen en geeft maar beperkt uitsluitsel over een afzonderlijk ziektegeval. Patiënten (net als Soldaten op het slagveld) gaan met die kansen anders om: óf ze gaan dood, óf ze overleven, en meestal dient de hoop om de wanhoop af te weren en soms ook de wanhoop om in het geheim de hoop in stand te houden (‘Als ik nu maar van het ergste uitga kan het alleen nog meevallen en gebeurt er misschien wel helemaal niets’). Door nu vast te houden aan een idiosyncratische benaming van de ziekte of zelfs elke benoeming van de kwaal te vermijden (de naam niet ijdellijk te gebruiken) kunnen de lijders ook hun particuliere afweer en magie in stand houden tegenover feitelijke en angstwekkende informatie over de ziekte.

De artsen beschouwen het als hun eerste taak om de verwachtingen van de patiënt gunstig te beïnvloeden. Zij rechtvaardigen dat als een correctie van de al te grote somberheid onder leken en ook als een manier om de patiënt te bewegen tot een reeks ingrijpende en vaak uiterst onaangename behandelingen. Het helpt ook de artsen zelf om moed te houden.[65] Een patiënt die gunstige verwachtingen koestert van de behandeling zal ook handelbaarder zijn en bovendien door zijn positieve instelling zelf bijdragen tot zijn genezing[66]: in dit opzicht houdt ook het ziekenhuispersoneel er een psychogenetischmagische ziekteopvatting op na; de behandeling is de bezwering en de bezwering vermindert de angst en verbetert de genezingskans.

Om nu de betrekkelijk optimistische visie op het ziekteproces in

stand te houden is een zorgvuldige regie van het ziekenhuisleven onontbeerlijk. Zelfstudie in medische handboeken is de patiënten niet verboden, maar het wordt zeer zeker niet aangemoedigd en soms opgevat als een motie van wantrouwen. Maar patiënten zoeken ook in het ziekteverloop bij hun medepatiënten aanwijzingen voor de eigen toekomst. Glaser en Strauss noemen dat een 'rehearsal', een 'voorproeve' van wat de patiënt zelf te wachten staat.[67] Hier vereist de cognitieve bewerking dat het personeel voor de zieke de verschillen met de medepatiënten die er zichtbaar slecht aan toe zijn aandikt en de nadruk legt op de gunstige kanten van het ziekteproces bij de zieke in kwestie. De patiënten praten op zaal en in de conversatiekamer nogal eens over kanker in het algemeen en over de lijdensweg van medepatiënten.[68] Vroeger was dat in veel ziekenhuizen verboden en moest een patiënt die toch over de ziekte begon een boete storten in een daartoe bestemd potje. Er zijn patiënten die hun eigen angst trachten te beheersen door medepatiënten bang te maken met griezelverhalen[69] die, al zouden ze waar zijn, toch tamelijk overbodig zijn. Waar mogelijk tracht het personeel daar discreet in te grijpen en al te angstaanjagende confrontaties te vermijden.[70]

In de stervensfase worden patiënten afgezonderd, ten dele voor hun eigen rust, maar ook om de medepatiënten het schouwspel van dat einde te besparen. Lijkverzorging en -vervoer spelen zich vrijwel geheel achter de schermen af; het mortuarium ligt in ziekenhuizen aan de stille kant met een aparte entree.[71] Dat sterven laat zich niet steeds zo regisseren en een onverwacht overlijden, op zaal bijvoorbeeld, kan tot grote ontsteltenis leiden. Overigens verbreidt zich de mare van een sterfgeval snel door het ziekenhuis en het personeel raakt vrij spoedig op de hoogte van een overlijden, ook als de patiënt al uit het ziekenhuis ontslagen was.

Geeft een patiënt duidelijk en aanhoudend te kennen dat hij wil weten hoe het met hem gesteld is en wat zijn kansen zijn, dan krijgt hij dat, een enkele uitzondering daargelaten, te horen in behoedzame en enigszins geflatteerde bewoordingen. Dat is het werk van de behandelende arts. Verpleegsters en zaalartsen verwijzen steeds naar wat de specialist gezegd heeft of nog zeggen zal: 'Wat heeft de dokter u gezegd' of 'Vraagt u het de dokter maar'.

Een verpleegster vertelt: De patiënt zette mij voor het blok, vroeg snikkend: 'Ik ga toch dood, zuster.' Als ik ja zeg, vertel ik hem wat

hij duidelijk niet horen wil, maar wat wel waar is. Als ik nee zeg, dan lieg ik tegen hem. Er bleef zo gauw niets anders over dan het afschuwelijke antwoord: 'Ik weet niet, vraagt u het liever aan de dokter.'[72]

Het personeel verafschuwt zulke dooddoeners, omdat ze de patiënt kunnen verontrusten: als de zuster of de jonge dokter niets mag zeggen, zal het er wel beroerd voorstaan. Maar willen zij adequater kunnen reageren op de vragen van de zieke, dan moeten zij precies weten wat de specialist hem heeft gezegd. In principe moet dat ook worden doorgegeven, of worden aangetekend in de status, maar blijkbaar komt het daar vaak niet van: een voortdurende bron van ergernis die dan weer tot hervormingsvoorstellen leidt voor verbeterde communicatie met de specialist of nauwkeuriger boekhouding van de mededelingen aan de patiënten. Al die hervormingen zijn tot mislukking gedoemd, omdat zich niet goed laat doorgeven of opschrijven wat de patiënt precies verteld is.[73] Het gaat immers niet om feitelijke informatie alleen, maar om de manier waarop die min of meer geruststellend en flatteus verwoord is. Dat kunststuk laat zich niet in een paar woorden herhalen.

Sommige patiënten grijpen deze omstandigheid aan om van de ene arts of zuster nog weer eens iets anders te horen dan van de ander: in de hoop op geruststelling, om ook van anderen te horen dat het niet zo erg is, of omdat zij de specialist niet op zijn woord geloven. Maar de zaalarts of verpleegster die op dat uitvragen ingaat riskeert de onthulling van een tot dan onbekend maar verontrustend feit. In het ziekenhuis geldt de regel dat wie de patiënt onrustig heeft gemaakt hem ook weer gerust moet stellen.[74]

Een beginnend verpleegster die de vragen van een hardnekkige patiënt niet had weten te omzeilen, vertelt: 'Ik was onhandig, maar wat moest ik doen. Ik had ertoe bijgedragen dat zijn gevoelens loskwamen. Nu moest ik ook consequent zijn en de brokken die ik gemaakt had opruimen.'[75] Deze ongeschreven wet van het ziekenhuis legt de verantwoordelijkheid voor informatieve en affectieve bijstand niet bij degenen die daartoe het meest geschikt zijn,[76] maar integendeel bij degeen die de informatieregie doorbroken heeft. De norm maakt het ziekenhuispersoneel terughoudend in zijn mededelingen.

In beginsel heeft een patiënt er recht op te weten wat zijn prognose is. In feite zullen angstaanjagende gegevens verhuld worden. Maar om die verontrustende feiten voor een patiënt te verbergen moeten

alle gegevens voor hem afgeschermd worden, anders zou hij bij een incidentele verhulling kunnen concluderen dat het dit keer een ongunstige wending betrof. Om voor één patiënt informatie te kunnen verhullen, moet alle informatie aan alle patiënten onttrokken worden, anders zou die ene ongeïnformeerde patiënt kunnen concluderen dat zijn geval wel bijzonder ongunstig was. Als één arts besluit sommige gegevens vooralsnog te verzwijgen, moeten alle andere personeelsleden die inlichtingen voor zich houden, willen zij zijn informatiebeleid niet doorkruisen. En zelfs geheimhouding moet geheim gehouden worden, omdat de patiënten anders zullen denken dat de feiten hun worden medegedeeld zoals ze zijn en dat zou de geruststellende werking van de verhulling tenietdoen.

De uiterste consequentie van een enkele verhulling voor een bijzondere patiënt is de verhulling van alle feiten voor alle patiënten en voor het lager personeel dat niet in staat is te zwijgen en ook dat zwijgen te verbergen.

Geheimhouding heeft blijkbaar een zelf-versterkende en zelf-verbreidende werking, zoals ook blijkt in overheidsbureaucratieën die een deel van hun activiteiten aan openbaar toezicht kunnen onttrekken en er na verloop van tijd in slagen al hun doen en laten ontoegankelijk te maken,[77] omdat anders uit toegankelijke gegevens de geheimen te traceren zouden zijn.

Een arts die de voor- en nadelen moet afwegen van verhulling of mededeling van een verontrustend feit aan zijn patiënt zal, zijn beroepseed getrouw, daarbij uitsluitend het belang van die patiënt in aanmerking nemen. De uitdijende en cumulatieve gevolgen van die ene verhulling onttrekken zich aan zijn waarneming en verantwoordelijkheid. Onbedoeld en grotendeels onopgemerkt verbreidt zich dientengevolge de geheimhouding door het ziekenhuis en kan zo onzekerheden oproepen bij het lager personeel en achterdocht bij de patiënten: een groot nadeel van de algemene verhulling is immers dat patiënten die een volledig waarheidsgetrouw en gunstig verslag over hun toestand te horen krijgen, toch niet helemaal gerust zijn omdat zij vrezen dat een onaangename waarheid ze vooralsnog onthouden blijft. Tot de ‘externe’ kosten van incidentele en individuele verhulling behoort het onbedoelde effect dat een patiënt die goed nieuws wordt medegedeeld nooit helemaal gerustgesteld is, dat het ziekenhuis doortrokken is van een sfeer van geheimhouding en dat het per-

soneel in het contact met patiënten steeds op zijn hoede moet zijn.[78]

Om het feitelijk ziekteverloop voor de patiënt te kunnen verhullen en flatteren is een ingrijpende regie van alle details van het leven in het ziekenhuis vereist, een voortdurende en omvattende informatiebeheersing waardoor patiënten en lager personeel meer afhankelijk raken van het woord van de specialist. Of die externe kosten opwegen tegen het incidentele belang van een afzonderlijke patiënt blijft een open vraag, die echter alleen gesteld kan worden door die sociale kosten te signaleren.

Er doen zich in een ziekenhuis ook situaties voor die er naar het idee van de mensen daar eigenlijk niet bijhoren, waar men overheen dient te kijken en waar onderzoekers zich dan ook langs hebben laten leiden zonder ze te signaleren. Het gaat om uitzonderingsgevallen, zoals lachbuien, angstaanvallen en decorumverlies: ongepastheden en rariteiten.

Juist de onnadrukkelijke manier waarop grappenmakers, paniekmakers of dementen in hun omgeving in een uitzonderingspositie worden geplaatst en zich laten plaatsen, bevestigt en verhult hun functie in de ordehandhaving van het ziekenhuisregiem.

Waar in het ziekenhuis zonderling gedrag voorvalt vindt ook dadelijk een sociale afscherming plaats, en in het uiterste geval ook feitelijke afzondering in een aparte ruimte.

De mensen in het ziekenhuis zullen de zonderling alleen heel terloops zo bestempelen: wat hij zegt en doet telt niet, hij is immers ‘de huiskomiek’, of lijdt aan een ‘angsthysterie’, of hij is ‘seniel’, ‘dement’, heeft last van ‘decorumverlies’. Aan de benaming van het excentriek gedrag wordt dadelijk toegevoegd dat het van geen belang is, niet kwetsend of gevaarlijk. Men zal een nieuweling luchtig geruststellen, hem zeggen er geen acht op te slaan, er niet op te letten, het zich niet aan te trekken: ‘Hij maakt altijd grappen, hij bedoelt er niets mee, hij meent er niets van.’ Of: ‘Die weet niet wat hij zegt, hij heeft een angstpsychose.’ Of: ‘Hij is aan het dementeren, altijd een keurige man geweest, maar nu weet hij zelf niet meer wat hij doet.’

Het zonderlinge optreden wordt buiten haakjes geplaatst en vervolgens van iedere betekenis ontdaan. In die uitzonderingspositie wordt iemand niet ernstig genomen, hij is immers niet flink en niet correct, hij staat dus ook laag in aanzien! Maar zijn positie biedt ook

grotere uitingsvrijheid, staat toe te zeggen en te doen wat juist alle anderen in het ziekenhuis proberen voor zich te houden en na te laten.

Aan de rol van huiskomiek is dit het best te demonstreren, juist omdat die rol buiten de medische termen valt en het dus niet nodig is de sociale functies tussen de medische definities uit te peuteren. (Men lijdt nu eenmaal niet aan humor, maar maakt mensen aan het lachen.) De grapjas manoeuvreert zich in zijn positie met behulp van zijn toehoorders: er zijn vaste formules om de seance te beginnen en hem weer af te sluiten. Een komische begroeting, 'Daar hebben we hem weer', nodigt uit tot geestige riposte. Volgt een verwijzing naar vorige conférences. 'Kan je nog eens lachen', of 'We gaan toch niet weer leuk zitten zijn'. Van tijd tot tijd wordt de humoristische definitie van de situatie opnieuw bevestigd: 'Allemaal gekheid', ''t Is maar een gebbetje', 'Ach mens, je kunt maar beter lachen, wat moet je anders'. Die kanttekeningen kunnen ook dienen ter afsluiting: 'We hebben wat afgelachen.'

Ook artsen en verpleegsters schuiven met gemak in en uit de rol van de komiek, vooral onder elkaar, achter de coulissen en buiten het gehoor van patiënten. Heel vaak heeft ook hun humor de functie om te zeggen wat gewoon niet uitgesproken kan worden, maar tussen aanhalingstekens, zonder dat het telt, zonder dat het de spreker aangerekend wordt.

Die afweerfunctie is onmiskenbaar onder studenten die voor het eerst met lijken te maken krijgen op het anatomiepracticum. 'Grove grappen zijn niet van de lucht, ofschoon we erger hadden verwacht,' noteren Wouters en Ten Kroode: 'Niets duidt op enige deernis met "het slachtoffer" of op herinneringen aan de eigen sterfelijkheid.' En even verder: 'Toch werkt de snijzaal door in de emotiehuishouding van de studenten, want dat bleek uit de dromen die ze vertelden.'[79] Blijkbaar verbiedt de medische onaandoenlijkheid het uiten van walging of angst, maar zijn overmoedige grollen onder elkaar toegestaan om door overdrijving van het tegendeel de afweer in stand te houden.

Ook in het ziekenhuis blijkt die overdrijving van het tegendeel een toelaatbare manier te zijn om de onaangedaanheid te bewaren: 'Een leerling-verpleegster komt tijdens de koffiepauze melden dat een patiënte pijn in haar arm heeft.' Dat kan op uitzaaiing wijzen. De hoofdzuster zegt tussen twee slokken koffie: 'Waarschuw me maar als haar arm zwart wordt.' De verpleegsters gieren van de lach.[80]

Er is aan die opmerking niets spitsvondigs, het is een overdrijving van het tegendeel. De leerling-verpleegster was enigszins ontdaan, de hoofdverpleegster demonstreert een summum van onaandoenlijkheid dat ook dient om de jongere collega's in te wijden in de beroepshouding van onverstoorbaarheid. Maar de overdrijving is ook agressief, tegenover de patiënten die met hun eeuwige klachten en noden de zusters zelfs tijdens een koffiepauze storen. Die ergenis is minder makkelijk te ventileren, zeker voor een hoofdverpleegster. De onverwachte grofheid van haar opmerking geeft uiting aan de wrevel die alle aanwezigen delen en proberen te beheersen; het lachsalvo lucht de gemoederen op.

Een nieuweling, een jonge arts, die juist geconfronteerd is met zijn eerste sterfgeval en hoort dat de nabestaanden net gearriveerd zijn, roept quasi-vertwijfeld: ‘Wat moet ik met ze, geef ze maar een schop, ik bedoel een schep!’ Vrij vertaald: laten ze ophoepelen en het zelf opknappen, ik kan het niet aan. Maar uit de komische verwerking van de beproeving blijkt tegelijk dat de jonge dokter het al wel aankan.

Op zaal en in de conversatiekamers plagen en klagen patiënten onder elkaar op een lollige manier; vaak op een moedeloze toon, waarbij alleen de overdrijving aangeeft dat de opmerking niet ernstig te nemen is, dat de spreker voor zijn klachten geen soelaas en van zijn plagerijen geen ergernis verwacht. De ‘grappige klager’ brengt tot uiting wat ook de anderen denken maar voor zich houden: ‘De broodjes zijn vandaag zo hard dat je ermee kan kaatsen.’[81] Daarmee is de afkeer van het ziekenhuiseten onder woorden gebracht, maar zonder dat het consequenties hoeft te hebben.

Komische verhalen van patiënten dienen ook om nieuwelingen alvast voor te bereiden op wat hen te wachten staat, maar in een kennelijk overdreven versie die tegelijk enigszins gerust moet stellen: zo erg is het ook weer niet.

In de grappenmakerij gaan woede en jaloezie tegenover de gezonden schuil, vooral tegenover het personeel, maar ook angst om het eigen lot. Als grap verpakt kunnen die emoties worden uitgesproken zonder dat iemand er aanstoot aan neemt, of troostend en kalmerend hoeft te reageren. De ene patiënt maakt de andere uit voor een insekt dat moet worden weggespoten, een nageboorte die moet worden doorgespoeld, een hond die onder de tafel moet. Gezonde bezoekers

moeten in de gracht gegooid, de nek omgedraaid, geveld met een boksstoot, op tafel gezet om te zingen; alles wordt opgezegd op een vermoeide, berustende toon. Een dergelijke tirade wordt afgesloten met een verzuchting: een mens moet durven lachen, een lolletje op zijn tijd. Daarmee Staat het gezegde tussen aanhalingstekens, is niet gemeend en mag ook geen gevolgen hebben.

Een enkele keer heft het hele gezelschap een lied aan, laat zich meeslepen door een televisiekomedie of gaat op in een spelletje kaart. Is dat eenmaal afgelopen dan vallen de patiënten terug op zichzelf en op hun eigen zorgen.

In min of meer vaste patiëntengroepjes ontwikkelt de een zich tot komiek, de ander tot aangever en een derde schikt zich in de rol van mikpunt. Achteraf zeggen patiënten dan vaak dat ze het niet leuk vonden, maar dat ze meededen ter wille van de anderen, want het leidt af en het lucht op. Het creëert uitzonderingsposities waarin gezegd kan worden, zonder dat het geldt, wat anders verzwegen moet blijven. Dat is de zin van de komische uitzonderingspositie.

De komediantenrol vergt enige talenten: snedigheid, durf, vocabulaire en vooral tact (een gevoel voor hoe ver men te ver kan gaan). De komiek kan in zijn rol schuiven of er weer uitstappen naar het hem schikt, met niet meer dan een paar rituele frasen. Zijn gehoor kan hem al even gemakkelijk tot een optreden verleiden en - met iets meer moeite - er weer vanaf brengen. De komiek verplicht zijn toehoorders tot een grappig of berustend weerwoord en soms tot het maskeren van hun grieven.

Een angstpsychose eist minder vaardigheden en bindt de lijder meer aan zijn positie, die immers onder medisch-psychiatrische termen valt. Men zou zich buiten de medische context een rol kunnen voorstellen als ‘bangebroek’ of ‘huilebalk’, die net als die van grappenmaker met een paar vaste zinssneden zou kunnen worden ingeleid en afgesloten, en waarin iemand plaatsvervangend emoties zou kunnen uiten die zijn toehoorders willen verbergen.

Hoe angstaanvallen in het ziekenhuis worden ingezet en uitgelokt is mij niet bekend. Maar heeft de angstige patiënt zich ook in emotioneel opzicht gekwalificeerd als medisch geval, dan valt zijn affecthuishouding eveneens onder de behandeling en worden zijn affecten voortaan medicinaal geregeld.

Onopgemerkt blijft hoe een angstige patiënt zijn optreden begint,

hoe anderen erbij betrokken raken, hoe zij zich er weer aan kunnen onttrekken en hoe het weer wordt afgesloten. Alleen al van een ‘optreden’ te spreken suggereert dat het geen ‘ziekte’ zou zijn en dat het dus ‘aanstellerij’ moet zijn: maar het is angst.

Zolang de angstaanval duurt en door de toehoorders als zodanig is erkend, kan de patiënt zich veroorloven alles te zeggen wat hem voor de mond komt[82]: de ziekenzaal is een hellepoel, een slangekuil, een abattoir, een concentratiekamp; de medepatiënten zijn levende lijken, gele wrakken, de dokter is een beul, een kampbewaker, een machinale tandarts. Dit zijn dikwijls treffende karakteriseringen die in ziekenhuizen niet openlijk kunnen worden uitgesproken. Voor chronische patiënten, met name kankerpatiënten, zijn de artsen niet alleen de brengers van slecht nieuws, maar ook de voltrekkers van een behandeling die veel meer pijn en ongemak veroorzaakt dan de beginnende ziekte zelf. Er is veel verstandsberaad nodig om in te zien dat dit allemaal gebeurt om eigen bestwil. Vandaar dat in grappen en angstfantasieën een veel directer emotioneel verband gelegd wordt: de dokter overweldigt de patiënt en de behandeling is een bestraffing.

Tegelijk worden al deze uitingen ontdaan van enige betekenis, omdat de patiënt immers lijdt aan een angstaanval en er dus niets mee bedoelt. Patiënten die in hun angst met alarmerende lichamelijke klachten komen worden daarop onderzocht; blijkt er fysiek niets aan de hand te zijn en houden zij hun klachten toch vol, dan wordt in hun geval geconcludeerd tot een ‘angstpsychose’, en volgen medicatie, isolatie en eventueel psychiatrisch consult. Zo worden zij sociaal afgeschermd en niemand hoeft zich nog aan te trekken wat zij zeggen, hoe treffend dat ook mag zijn.

Patiënten die lijden aan decorumverlies of die zijn gaan dementeren kunnen zich nog grotere vrijheden permitteren: zij kunnen niet slechts hun angsten openlijk uiten, maar ook hun woede, hun hoon of lust. Aangenomen wordt dan dat fysieke aftakeling tot die ontremming heeft geleid, dat de fysiologische grondslag van de sociale terughoudendheid is weggevallen. Het gedrag van zulke patiënten wordt opgevat als rechtstreeks gevolg van die beschadiging en elke betekenis wordt eraan ontzegd. Maar ook als die ongeremdheid voortkomt uit fysiek verval is het hoogst onwaarschijnlijk dat het ongeremde gedrag geheel en al is ingegeven door die beschadiging. Integendeel, het

kan zijn dat nu intenties en emoties tot uiting komen die tevoren met veel moeite gemaskeerd bleven.

Weinstein en Kahn, die overeenkomstige verschijnselen hebben onderzocht bij hersenpatiënten, bij wie dus van hersenletsel stellig sprake was, concluderen dat ook bij deze zieken het gedrag niet slechts door fysiologische afwijking bepaald is.[83] Telkens signaleren zij al eerder aanwezige sociale en psychologische factoren en constateren dat het gedrag verandert met de omgeving, bijvoorbeeld als de patiënt naar huis gaat. Zij wijzen op overeenkomsten in het symbolisch taalgebruik van deze hersenpatiënten met taalvormen als poëzie, gebed, drama, mythe, humor en 'slang', en met droominhouden: 'All of these forms of language, whether occurring in people with brain disease or in the normal provide important forms of adaptation to the stresses of human existence.'[84]

Ook begrippen als 'dementie' en 'decorumverlies' creëren rondom de patiënt een sociaal afgeschermde ruimte waarbinnen hij alles kan zeggen wat hij wil, terwijl alles wat hij zegt tegelijk door zijn toehoorders van elke betekenis ontdaan wordt.

Patiënten met decorumverlies veroorloven zich vaak erotische vrijpostigheden jegens de verpleegsters, spreken vrijuit over hun soms buitenissige seksuele verlangens, permitteren zich kinderlijke genoegens en verzetjes.[85] Een demente patiënt kan zijn bed niet vinden en wandelt de vrouwenzaal op. Een andere patiënt gedraagt zich zo hulpeloos dat de verpleegsters hem als een kind moeten bedoen, en schept daar kennelijk behagen in (tot stille woede van de zusters).[86] Ook incontinentie heeft sociale functies: 'Als ze lelijk tegen me zijn, zeg ik niets, maar dan doe ik wel een plas in bed.'[87] Een door operaties verminkte patiënt vertelt kindermopjes waarin de nietsvermoedende held uiterst hardhandig wordt bejegend. Maar niemand zoekt er iets achter.

Onder het medisch regiem is patiënten en personeel in het ziekenhuis een sterke affectdemping opgelegd. Patiënten regelen hun affecten door zich flink te houden, het personeel door de onaandoenlijkheid te bewaren. Maar wie zich daar niet aan houden kan of wil, mag zich in een uitzonderingspositie laten manoeuvreren waarin hij wint aan uitingsvrijheid en verliest aan betekenis. De rol van grappenmaker is de uitzonderingspositie bij uitstek. De lijder aan een angstaanval is in een analoge positie geraakt, zij het een die grotendeels onder

medische termen valt. Zelfs de demente patiënt blijkt in die positie aan uitingskansen te kunnen winnen, al wordt daaraan door anderen geen betekenis gehecht.

3. Achteraf

De mensen in het ziekenhuis handhaven met elkaar een orde die niet alleen dient voor het goede verloop van de behandeling en voor de efficiënte bedrijfsvoering, maar die ook moet dienen om de angst voor ziekte en sterven te bezweren. Die orde wordt in stand gehouden door alle mensen die ermee te maken hebben, maar onder aanvoering van medici en met medische argumenten, ook waar die eigenlijk niet ter zake doen of waar ze niet op medische expertise te funderen zijn. De mensen in de kliniek houden elkaar aan een omvattend medisch regiem, dat hun omgangsvormen en uitingswijzen tot in alle details bepaalt en beperkt en hun tegelijkertijd een vocabulaire en een etiquette verschaft waarmee ze hun affecthuishouding en onderlinge omgang vorm kunnen geven. Dat werkt geruststellend en soms bezwerend, het is ook een vorm van repressie, van individuele verdringing en van sociale onderdrukking van andere, mogelijke belevingswijzen en omgangsvormen.[88]

Dat totale[89] medisch regiem is niet door iemand ontworpen, het is ook niet eenzijdig opgelegd door de artsen. Het is min of meer ongemerkt ontwikkeld uit incidentele oplossingen voor persoonlijke conflicten en groepstegenstellingen in het ziekenhuis. Telkens wanneer zich tussen mensen en binnen mensen dilemma's voordeden, bleek een medische argumentatie of interventie een uitweg te kunnen bieden; problemen van zingeving lieten zich tijdelijk oplossen door overwegingen van medische behandeling ertussen te schuiven; problemen van zelfbeheersing konden worden opgelost met een pseudomedisch flinkheidsethos; problemen van gedragsregeling en disciplinering bleken gehanteerd te kunnen worden met argumenten van hygiëne, tijds- en informatiebeheer, met medisch-psychiatrische etikettering. De algemene hulpeloosheid van ernstig zieken is zo veranderd in een specifieke afhankelijkheid ten opzichte van het medisch personeel.

Dat medisch regiem wordt onder de benaming van medisch model aangeklaagd als een samenzwering van medici tegen weerloze zieken.

Maar patiënten, verplegenden en artsen houden dat regiem in gezamenlijke inspanning, vaak op verborgen manieren, in stand en niemand die daarbij betrokken is kan zich er eenzijdig aan onttrekken zonder een uitzondering te worden.

Het totale medische regiem wordt uitgeoefend binnen een samenleving die steeds verder gemedicaliseerd is geraakt en waarover zich een medisch regiem in lichtere vorm steeds wijder heeft verbreid.[90] In die samenleving zijn kwesties van ziekte en sterven toegeschoven aan artsen, aan medische beroepshelpers, ook omdat andere vormen van hulp en troost teloorgegaan zijn en omdat anderen die de zieken hadden kunnen verzorgen dat niet meer kunnen, willen of mogen. Verzieking is verafhankelijking en het is de mensen goed uitgekomen dat medici en hun para-medici die afhankelijken aan zich trokken. In het veilige besef dat die medische nexus elke zieke bindt aan een uitgebreid verzorgings- en behandelingsapparaat, idealiseren de critici de warmte en de echtheid van informele, spontane, intieme verzorgingsnetwerken.Maar wat zoveel mensen de medici echt kwalijk nemen is dat ze hen nodig hebben.

Nu echter in ziekenhuizen dat medisch regiem zozeer gevestigd is geraakt, terwijl religieuze orde of morele zingeving geleidelijk teloor zijn gegaan, kan dat regiem met meer souplesse en meer redelijkheid worden uitgeoefend, is een zo massieve repressie niet langer vereist. Het ziekenhuis hoeft niet zo strikt van de buitenwereld afgeschermd te worden, er valt meer te onderhandelen over de omgangsvormen tussen bezoekers, patiënten, verplegenden en artsen, de affectbeheersing kan ook wat minder star zijn, gevoelens kunnen wat vrijer geuit worden. Maar die ontwikkeling speelt zich niet af in de beslotenheid van het ziekenhuis, het zijn de verschuivingen in de samenleving als geheel die de omgangsvormen en belevingswijzen van de mensen, ook in het ziekenhuis, bepalen.[91]

Eindnoten:

16 Deze verkorting en fragmentarisering van het toekomstperspectief is voor tuberculosepatiënten beschreven door Julius A. Roth, *Timetables: Structuring the passage of time in hospital treatment and other careers*. Bobbs Merrill, New York/Indianapolis 1963; voor poliopatiënten door Fred Davis, 'Definitions of time and recovery in paralytic polio reconvalescence'. In: *American Journal of Sociology 61*, May 1956, blz. 582-7; voor kankerpatiënten door Barney G. Glaser en Anselm L. Strauss, *Time for dying*. Aldine, Chicago 1968.

17 Vergelijk A. Thiadens, *Crisisverwerking en stervensbegeleiding*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979, blz. 157: 'Ze vinden wel iets, als ze maar opschieten.' Of, van een arts: 'Drie jaar geleden zou uw geval hopeloos zijn geweest, maar nu kunnen we het ziekteproces tot staan brengen.' (ibidem).

18 Zelfs in verpleegtehuizen blijken fysiotherapie en reactivatie zo een hoopgevende en bezwerende uitwerking te hebben: Indewey Gerlings-Huurman, *Nakaarten over terminale patiënten*. De Tijdstroom, Lochem 1976, blz. 57; Ten Have, *Het verpleeghuis: veld van onderzoek*. Van Locherm Slaterus, Deventer 1979, blz. 86.

19 De benadering hier sluit aan bij Isabel E.P. Menzies, 'A case-study of social systems as a defence against anxiety; A report on a study of a general hospital.' In: *Human Relations* 13, 1960, blz. 95-121.

20 Richard M. Titmuss, *Social Policy; An introduction*. Allen & Unwin, London 1974, blz. 150.

21 A. Babel en F. Darmau spreken dan ook over de ziekenhuisopname (‘admission’) als ‘cet acte de condescendance qui déjà nous transforme en “patient”’. (*L'Hopital; usine á santé*. Syros, Paris 1977, blz. 17).
22 De patiënten tonen een ‘dankbaarheidssyndroom’ jegens het ziekenhuis, schrijft M. Notenboom, ‘Ervaringen van patiënten die een mamma-ampu-tatie ondergingen’, Doctoraalscriptie klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam 1974, blz. 67.
23 Geciteerd bij Robert Pinker, *Social theory and social policy*. Heinemann, London 1971, blz. 153.
24 Die onzekerheid speelt een centrale rol in de theoretische beschouwingen van Talcott Parsons over de ‘sick role’ en over de functies van de medische stand (*The Social system*. Routledge & Kegan Paul, London 1951, hoofdstuk ‘The case of modern medical practice’). Fred Davis onderscheidt ‘real’ of ‘clinical’ van ‘functional uncertainty’ die door artsen in stand gehouden wordt ook als zij reeds klinische zekerheid bezitten (*Illness, interaction, and the self*. Wadsworth, Belmont (Cal.) 1972).
25 Pinker, *op. cit.*, blz. 143.
26 In de tekst is steeds sprake van ‘verpleegsters’ al zijn de laatste jaren mannelijke verpleegkundigen in toenemend aantal werkzaam in ziekenhuizen. In de gebruikte bronnen is echter nog geen sprake van mannen in de verpleging en mijn tekst sluit daarbij aan.
27 Bijvoorbeeld Barney G. Glaser en Anselm L. Strauss, *Anguish*. (z. pl.), 1970.
28 Genoteerd door Th. Indewey Gerlings-Huurman, *op. cit.*, blz. 23; vergelijk H. ten Have, *op cit.*, blz. 76: ‘Allemaal oude mensen, dat doet je veel minder dan jongere mensen.’
29 Julius A. Roth, ‘Some contingencies of the moral evaluation and control of the clientele; the case of the hospital emergency service.’ In: *American Journal of Sociology* 77, 5, 1972, blz. 839-56.
30 Jos Evenhuis, Willy Klos en Bert van Lingen, Het verpleegtehuis; een onderzoek naar de relatie tussen patiënten en personeel op een afdeling van een verpleegtehuis met behulp van de theorie van N. Elias, Stageverslag vakgroep Cultuur- en Godsdienstgeschiedenis, Sociologisch Instituut, Nijmegen 1978.
31 Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation* (1939, 2 delen), Francke, Bern 1969, deel I, blz. 155.
32 Johan Goudsblom, ‘Civilisatie, besmettingsangst en hygiëne; beschouwingen over een aspect van het Europese civilisatieproces.’ In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 4, 3, december 1977, blz. 271-300.
33 Henny Oosterbaan, ‘Het gasthuis, oud en nieuw; een studie naar veranderingen in verhoudingen en omgangsvormen in een algemeen ziekenhuis’, doctoraalscriptie vakgroep Verzorgingssociologie, Universiteit van Amsterdam 1981.
34 Veralien Kragt, ‘De ontwikkeling van het verpleegkundig beroep in Nederland’ I en II In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33, 17 en 18, 1980, blz. 791-98 en 853-60.
35 Jürgen Habermas, *Technik und Wissenschaft als ‘Ideologie’*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1969, Blz. 90: ‘Deshalb unterscheidet sich die neue Ideologie von den älteren dadurch, dass sie die Kriterien der Rechtfertigung von der Organisation des Zusammenlebens, also von den normativen Regelungen der Interaktion überhaupt, löst, in diesem Sinne entpolitisiert, und statt dessen an den Funktionen eines unterstellten Systems zweckrationalen Handlungen festmacht.’
36 Babel en Darmau, *op. cit.*, blz. 101
37 A. Querido, *Godshuizen en Gasthuizen; een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa*. De Tijdstroom, Lochem 1974, blz. 30-6; zie ook Oosterbaan, *op. cit*.
38 Susan Sontag, *Illness as a metaphor*. Lane, London 1979, blz. 21. ‘Of this relation between despair and cancer they were convinced,’ concludeert Samuel J. Kowal (‘Emotions as a cause of cancer; 18th and 19th century contributions.’ In: *The Psychoanalytic Review* 42, 3, July 1955, blz. 217-27; blz. 227). Een modern onderzoek volgens deze lijn: Arthur H. Schmale and Howard P. Iker, ‘The effect of hopelesness and thedevelopment of cancer, I: Identification of uterine cervical cancer in women with atypical cytology.’ In: *Psychosomatic Medicine* 28, 1966, blz. 714-721.
39 Sontag, *op. cit.*, blz. 68
40 *Idem*, blz. 65.
41 Zie Cas Wouters, ‘Is het civilisatieproces van richting veranderd?’ In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 3, 3, december 1976, blz. 345 en ‘Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation,’ het slothoofdstuk van Elias, 1969, *op. cit.* (deel 2).

42 Zelfs de aandacht die aan stervende patiënten gegeven wordt kan afgunst opwekken bij de medepatiënten en dat is dan weer een reden om de stervenden af te zonderen, Verslag *Voorbij de laatste stad, op. cit.*, blz. 31.
43 Mededeling van een waarnemer.
44 Jan Matse, *Het laatste kwartier; over het leven met de dood in een bejaardentehuis*. Boom, Meppel 1977, blz. 202. Vergelijk Ten Have, *op cit.*, blz. 173.
45 Vergelijk F.S.A.M. van Dam, 'Psychosociale zorg voor patiënten met borstkanker.' In: W.H.G. Wolters, *Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen; een terreinverkenning*. Bosch en Keuning, Baarn 1976, blz. 157.
46 Mededeling van een waarnemer.
47 Onderzoekingen wijzen telkens uit dat kankerpatiënten en het personeel dat hen verzorgt een opvallend geringe behoefte laten blijken aan professionele hulp bij psychische Problemen: andere patiënten, andere personeelsleden hebben Problemen, maar de ondervraagden zelf niet: M. Herngreen en L. Francis-Schram, 'Verslag van een onderzoek naar de behoefte aan hulp vanuit het medisch-maatschappelijk werk bij patiënten die de polikliniek van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis bezoeken.' Psychologisch lab. doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam 1975, blz. 10; net zo het 'Verslag over de periode augustus 1977-december 1978 van het project terminale zorg van de stichting *Voorbij de laatste stad*'. Verpleegtehuis Antonius IJsselmonde, Rotterdam, z.j. Slechts tien procent van de patiënten zei behoefte te hebben aan beroepshulp bij de verwerking van hun problemen, volgens B. Brouwer, 'Ervaringen van patiënten die een laringectomie ondergingen.' Psychologisch lab. Universiteit van Amsterdam 1975, blz. 22. Notenboom, *op. cit.*, blz. 53, komt tot dertien procent, Herngreen, *op cit.*, blz. 15, tot zevenentwintig procent. De kwestie komt zelfs in het geheel niet aan de orde in het proefschrift van de stafpsycholoog van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, F.S.A.M. van Dam (en R.B. Bergman), *Borstreconstructie; psychologische en chirurgische aspecten*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam 1981.
De verklaring voor deze opmerkelijke afwezigheid van manifeste behoefte aan psychologische bijstand is gelegen in de bezwerende functie van de medische behandeling die immers zou falen als psychische steun nodig zou zijn.
48 Mededeling van een waarnemer.
49 Vergelijk Louis Sinner, *Vijf jaar leven met kanker; een gesprek tot op de grens van leven en dood*. Bosch en Keuning, Baarn 1976, blz. 69.
50 C. van Brederode-Ritten en Miriam Floor, *Als je een borst wordt afgezet; ervaringen van vrouwen en hulpverleners*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979, blz. 40.
51 Kitty Geneuglijk, 'Ik ben meer dan mijn kanker.' In: (R. Lafaille, red.) *Zelfhulptechnieken; wat een individu zelf kan doen aan zijn lichamelijk en geestelijk welzijn*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1981, blz. IV, 5. Geu. Het dubbelzinnige, onofficiële karakter van het flinkheidsethos blijkt ook uit de inleiding van de redactie bij dit artikel: 'dat dit artikel niet gezien moet worden als dé weg om van kanker te genezen (daarover willen wij als redactie geen uitspraak doen, maar graag de discussie open laten), maar wel als een mogelijke wijze om met ziekte om te gaan.'
52 Herngreen en Francis-Schram, *op. cit.*, blz. 18.
53 Menzies, *op cit.*, blz. 103.
54 Cas Wouters en Herman ten Kroode, 'Informalisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal.' In: *De Gids* 143, 7, 1980, blz. 492.
55 Renate Mainz, 'The nature and genesis of impersonality: some results of a study on the doctor-patient relationship.' In: *Social Research* 37, 3, 1970, blz. 443: 'Only one item [op de vragenlijst - AdS] was in fact accepted by a sizable majority, namely the statement that a doctor should not feel disgusted with or abhorrence of anything he has to look at or to do while practicing.'
56 Barney G. Glaser en Anselm L. Strauss, *Chronic illness and the quality of life*. Mosby, St. Louis 1975, blz. 55.
57 Mededeling van een waarnemer.
58 Vergelijk ook Ten Have, *op. cit.*, blz. 81 e.v., blz. 161.
59 Norbert Elias, 'Over de dood en eenzaamheid van de stervenden in onze tijd.' In: *De Gids* 143, 1980, blz. 460.
60 Vergelijk Thiadens, *op. cit.*, blz. 156 e.v.
61 Vergelijk P.M. Strong, *The ceremonial order of the clinic; Parents, doctors and medical bureaucracies*. Routledge Kegan Paul, London etc. 1979, blz. 150 e.v.

62 Ook hier is de globale richtlijn - raadpleeg bij de minste twijfel de arts - in feite onuitvoerbaar, maar blijft de verantwoordelijkheid daarvoor geheel bij de verpleegster. Voor even ondoenlijke instructies door artsen aan verpleegsters met overeenkomstig effect, vergelijk Virginia H. Walker, *Nursing and ritualistic practice*. Macmillan, New York 1967, o.a. blz. 85.

63 Een verpleegster die ten onrechte de arts *niet* raadpleegt, maakt een ernstige beoordelingsfout; de verpleegster die ten onrechte de arts *wel* om advies vraagt, is alleen maar 'lastig'.

64 Dit is de constante, optimistische grondtoon van de professionele voorlichting over kanker. Een veel seeptischer visie wordt verwoord door de cardioloog A.J. Dunning (*Broeder Ezel; Beschouwingen over het onvermogen in de geneeskunde*. Meulenhoff, Amsterdam 1981, blz. 60): 'Vroege opsporing, van kanker als basis van tijdige genezing is een misvatting, gebaseerd op verkeerd verstaan tumorgedrag, die beperkingen eigen aan het bevolkingsonderzoek en astronomische kosten met zich brengt.' En: 'In de behandelingsresultaten van de belangrijkste gezwellen is sinds tientallen jaren geen wijziging gekomen. Optreden en sterfte aan kanker in een verouderde bevolking blijven praktisch hetzelfde, al wisselt aard en type van de gezwellen naar tijd en plaats.' Tot slot: 'Het wordt tijd ons te realiseren dat wat wij vooruitgang in de kankerbestrijding noemen een zorgvuldig in stand gehouden verzinsel is tegenover onze kankervrees en het bankroet van onze kankerbestrijding. Het is fluiten in het donker.' De teneur van dit betoog wordt in grote lijnen ondersteund door de cijfers uit *Atlas van de kankersterfte in Nederland. 1968-1978*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1980.

65 Vergelijk Ten Have, *op. cit.*, blz. 110.

66 'Wenn der kranke über den Grad der Gefahr, in welcher er schwebe, belehrt seyn will, so ist es immer besser, sie etwas geringer anzugeben, als sie ist, zumalen wenn der Kranke furchtsam ist. Schon die Idee der Gefahr hat schon oft würklich zum Tode geführt.' W.G. Ploucquet, *Der Arzt*. Tübingen 1797, blz. 181.
Zie voor moderne gedragsregels Charles A. Garfield, 'Emotionele aspecten van sterven en dood.' In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 5, 1981, blz. 415-429; H.J. Leenen, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg; een gezondheidsrechtelijke Studie*. Samson, Alphen a.d. Rijn 1978, blz. 140-170.

67 Glaser en Strauss, 1973, *op. cit.*, blz. 239. De beschrijvingen en begrippen van deze auteurs zijn leidraad geweest bij het schrijven van deze paragraaf.

68 Brederode-Ritter en Floor, *op. cit.*, blz. 61.

69 Vergelijk Ten Have, *op. cit.*, blz. 70.

70 Vergelijk F.L. Meijler, 'De psychosociale zorg voor cardiologische patiënten binnen het ziekenhuis.' In: Wolters, *op. cit.*, blz. 129: 'zodanige technische voorzieningen dat de ene patiënt niet geconfronteerd kan worden met ernstige complicaties bij zijn medepatiënten.' Notenboom, *op. cit.*, blz. 71 vermeldt de scheiding van gemetastaseerde en niet-gemetastaseerde patiënten in de kankerkliniek.

71 David Sudnow, *Passing on; the social organization of dying*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1967, bevat uitvoerige waarnemingen van de verhulling en sociale isolatie van stervenden en van de afstandelijkheid van medici in 'bad news'-gesprekken.

72 Mededeling van een waarnemer.

73 Walker, *op. cit.*, blz. 48, vermeldt onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat 'psychosociale' gegevens nauwelijks worden opgetekend.

74 Vergelijk Anselm L. Strauss, Barney G. Glaser and Jeanne Quint, 'The non-accountability of terminal care.' In: *Hospitals* 38, 1964, blz. 73-87; zie ook Glaser en Strauss, *op. cit.*, 1975, blz. 135-7.

75 Mededeling van een waarnemer.

76 Jan Derksen, Max Boute en Paul de Lange, *Begeleiden van stervenden*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1976, blz. 70.

77 Zie bijvoorbeeld Francis E. Rourke, *Secrecy and publicity; dilemmas of democracy*. Baltimore 1961.

78 Deze vorm van informatiebeheersing maakt de patiënten afhankelijker van het medisch personeel en de verpleegsters afhankelijker van de artsen, maar geeft de artsen een grotere vrijheid van handelen zonder zich in extenso te hoeven verantwoorden jegens verpleging en patiënten. 'A physician's ability to preserve his or her own power over the doctor-patient relationship depends largely on the ability to control the patient's uncertainty.' Howard Waitzkin en John D. Stoeckle, 'Information control and the micropolitics of health care; summary of an ongoing research project.' In: *Social Science and Medicine* 10, 1976, blz. 263-276. Vergelijk ook Davis, *op cit.*

79 Wouters en Ten Kroode, *op cit.*, blz. 489.

80 Mededeling van een waarnemer.
81 Rose Laub Coser, ‘Some social functions of laughter.’ In: J.K. Skipper and R.C. Leonards (eds.): *Social interaction and patient care*. Lippincott, Philadelphia/Toronto 1965, blz. 303.
82 Verg.; Edwin A. Weinstein and Robert L. Kahn, *Denial of illness, symbolic and physiological aspects*. Thomas, Springfield (1ll.) 1955, blz. 31.
83 *Idem*, blz. 83, 109, 121 *et passim*.
84 *Idem*, blz. 129.
85 *Idem*, blz. 26 e.v.
86 Mededeling van een waarnemer.
87 Ten Have, *op. cit.*, blz. 79.
88 Deze beschouwingswijze die aan het voorafgaande hoofdstuk in zijn geheel ten grondslag ligt is mede ingegeven door de beschouwingen van psychiater A. van Dantzig.
89 Het ziekenhuis is uiteraard een ‘total institution’. Deze terloopse toespeling op de ideeën van Erving Goffman biedt de gelegenheid om te vermelden hoezeer zijn wijze van waarnemen de beschouwingen in dit opstel beinvloed heeft; verg. *Asylums, Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Pelican, Harmondsworth 1968 en *Stigma; Notes on the management of spoiled indentity*. Pelican, Harmondsworth 1968.
90 Een recente en zeer gedegen beschrijving van deze ontwikkeling in de Verenigde Staten is te vinden in Paul Starr, *The social transformation of american medicine*. Basic Books, New York 1982.
91 Met dank aan de informanten en raadgevers die aan deze bewerking hebben bijgedragen.

10 Het medisch regiem (III): uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht

Iedereen leeft onder medisch toezicht, althans in een samenleving als de Nederlandse nu. Sommigen, hartpatiënten in intensive care, of psychotici in crisis, worden van minuut tot minuut en voor al hun doen en laten verzorgd en bewaakt: zij staan zolang als het duurt onder een totaal medisch regiem. Anderen zijn lange jaren en soms levenslang opgenomen in inrichtingen onder artsenbeheer en brengen hun bestaan evenzeer door onder een omvattend medisch regiem. Dat regiem strekt zich ook uit over ambulante patiënten, die weliswaar vrij rondlopen maar die vanwege een gebrek of vanwege een chronisch lijden leven naar de voorschriften van een arts en daarnaar hun bestaanswijze en hun toekomstverwachtingen regelen. Nog veel meer mensen slijten hun dagen in een toestand van verhoogde medische waakzaamheid; er is bij hen een gevaarteken geconstateerd tijdens een routinekeuring of een bevolkingsonderzoek, en sindsdien houden zij rekening met een kleine kans op een groot onheil en trachten daarom riskante gewoonten te vermijden. Soms is ook van een vroegtijdig waarschuwingssignaal geen sprake, maar is hun toestand of hun heel jonge of zeer gevorderde leeftijd voor mensen op zichzelf al reden tot verhoogde waakzaamheid in medische zaken.

Maar ook de resterende gezonden zijn alleen maar nog-niet-ziek en leven onder een licht medisch regiem: in steeds meer aspecten van hun dagelijks leven nemen zij toch hun gezondheid in aanmerking, bij voeding en verschoning, bij lichaamsbeweging en de inrichting van hun omgeving. Soms doen zij dat op uitdrukkelijke aanwijzing van medici, maar dikwijls ook praten zij het elkaar aan in naam van - vaak denkbeeldige - medische opinies.

'Iedereen is altijd ziek,' heeft A. de Froe ooit opgemerkt,[92] 'maar een ernstige ziekte is een die erger wordt.' Sociologisch gezien leeft iedereen onder het medisch regiem, een licht regiem voor wie nog geen patiënt is, strikter naarmate hij meer van artsen afhankelijk raakt.

Die medische bemoeienis heeft zich de laatste halve eeuw zeer uitgebreid ook over terreinen waar de medische expertise geen afdoend uitsluitsel kan bieden en waar ook andere benaderingen denkbaar zouden zijn. Die uitbreiding en vestiging van het medisch regiem is niet alleen respons op maatschappelijke en individuele noden en evenmin enkel het resultaat van de expansiedrang van afzonderlijke of georganiseerde artsen. Voor een groot deel is dat uitdijend regiem de onbedoelde resultante van maatschappelijke tegenstellingen die telkens opgelost schenen te kunnen worden door artsen daarin zeggenschap te geven. Daarbij waren ook die medici veelal gebaat, maar het uiteindelijke resultaat van al die incidentele interventies heeft voor de medische stand als geheel legitimeringsproblemen geschapen, zowel in eigen kring als tegenover de buitenwacht.

Voor een goed begrip van aard, werking en bereik van dit medisch regiem is het nuttig globaal na te gaan hoe in de afgelopen halve eeuw allerlei nieuwe raakpunten ontstaan zijn tussen medici en andere mensen in de samenleving. Het valt dan op dat mensen op een groter aantal kritische momenten in hun levensloop met medici te maken krijgen, dat ze zich voor een groter aantal facetten van hun leven richten naar medische aanwijzingen, dat meer mensen voor langduriger levensperioden onder medisch toezicht komen te staan en dat nieuwe categorieën mensen onder permanente medische voogdij zijn geplaatst.

1. *Medicalisering van het dagelijks leven*

Ook als er van ziekte geen sprake is, in het gewone dagelijks leven, richten mensen zich nu meer dan tevoren naar algemene gedragsvoorschriften die door medici zijn uitgevaardigd of minstens onderschreven.[93] Hygiënische levensgewoonten worden vrij algemeen nageleefd en door ieder als vrijwel vanzelfsprekend opgevat, ook als de medische rechtvaardiging ervan in feite ontoereikend is (te denken is aan handen wassen); mensen willen ‘schoon’ zijn en niet ‘vies’ en nemen zonder meer aan dat die scheidslijnen samenhangen met ‘gezond’ en ‘ongezond’, waar ze vroeger werden opgevat als magisch of religieus onderscheid tussen ‘rein’ en ‘onrein’.

Ook de voedingsgewoonten worden voor een groot deel ingegeven

door gezondheidsoverwegingen, ook al wordt ‘lekker’ hier juist vaak beleefd als ‘ongezond’. Men legt zich allerlei beperkingen op, verlangt of schuwt allerhande toevoegingen omwille van de goede gezondheid en zoekt daarbij medisch advies of in elk geval medische rationalisaties. Waar althans in Nederland artsen zich nogal terughoudend opstellen met voedingsadviezen aan gezonde mensen, ontstaat een rijke fantasiewereld, gesteund en bevorderd door een levendige literatuur en kleinhandel, rondom ‘zuivere’ of ‘natuurlijke’ of ‘gezonde’ voedingsgewoonten, naar medisch model maar in afwezigheid van medische ondersteuning. Ook de preoccupatie met het juiste lichaamsgewicht wordt door medici maar nauwelijks versterkt en wordt toch grotendeels beleefd in termen van ‘gezond’ en ‘ongezond’.[94] Waarschijnlijk is het ‘lijnen’ de strengste vorm van zelfdwang, van dag tot dag, van uur tot uur, die mensen in de hedendaagse samenleving uitoefenen. Alleen het afzien van tabaksgebruik, en het martelende voornemen daartoe, is als beheersingsprobleem daarmee te vergelijken, en ook daarbij spelen medische overwegingen de hoofdrol, in dit geval met veel meer aandrang van medische zijde.

Deze ‘medicalisering’ van het dagelijks leven is ook te bespeuren in de recente bekommernis over lichaamsconditie, over ‘fitheid’, en ook deze zorg wordt met medische adviezen versterkt: om wille van het hart en van de longen moeten mensen wandelen en hollen, springen en rollen. Ouderwetse bijgedachten als ‘karaktervorming’ of ‘natuurbeleving’ zijn daarbij op de achtergrond geraakt en ook de ‘Funktionslust’, die een goede reden tot bewegen is, speelt nog ternauwernood een rol.

De zorg om de directe leefomgeving, die als bedreigend of juist bevorderlijk voor de gezondheid kan worden gezien, is een vierde voorbeeld van de medicalisering van het dagelijks leven. En ook in dit opzicht zoeken mensen medische argumenten, spreken zich minder uit in termen van esthetiek, moraal of standsbesef bij de vormgeving van hun directe leefmilieu. Het initiatief ligt hier niet zozeer bij de artsenstand, maar in voorkomende gevallen leveren medici argumenten om stankoverlast, geluidshinder, gebrek aan lucht of licht, tekort aan woonruimte en aan speelplaatsen aan te klagen.

Reinheid, goede voeding, lichaamsoefening en milieuzorg zijn allemaal aspecten van een geciviliseerd leven naar de eisen van de tijd, en die eisen van de tijd worden dikwijls, ook meer en meer, gesteld

in medische termen, ook als artsen zich daarin op de vlakte houden, ook als het verband met ziekte en gezondheid ver te zoeken of veelslachtig is.

2. *Vervroegde signalering van gezondheidsrisico's*

Er is een tweede ontwikkeling te signaleren die mensen, ook als van ziekte nog geen sprake is, in aanraking brengt met medische richtlijnen: bij veel meer mensen worden in een veel vroeger stadium de voortekenen van mogelijke ziekte geconstateerd. Dit hangt samen met technologische en organisatorische vernieuwingen in de geneeskunde. De technische innovaties betreffen de verbeteringen en de verfijningen in de diagnostische apparatuur: met elektronische meetinstrumenten en met laboratoriumproeven kunnen kleine afwijkingen worden geconstateerd lang voordat zich ziektesymptomen voordoen die de patiënt zelf zou opmerken en die hem aanleiding zouden geven uit eigen beweging een dokter op te zoeken. De organisatorische innovaties betreffen het massale bevolkingsonderzoek, per populatie in de preventieve onderzoekingen, per huisartsen-cliëntèle in de ‘anticiperende geneeskunde’.[95] Die massale onderzoeken vereisen de beschikbaarheid van een bevolkingsadministratie, de beschikbaarheid van eenvoudige, snelle en betrouwbare testtechnieken, de beschikbaarheid van rekenapparatuur ter verwerking van de resultaten, en ook de gemakkelijke bereikbaarheid van al die mensen die zich voor onderzoek moeten melden en die terug moeten komen als de uitslag positief blijkt te zijn. En dat onderzoek veronderstelt uitgebreide staven van artsen en verpleegkundigen, en de bereidheid van vele tienduizenden om op afroep te verschijnen. Bij alle ontzag voor technologische inventie verbazen mensen zich te weinig over de vindingrijkheid en het doorzettingsvermogen dat aan die organisatorische vernieuwingen ten grondslag ligt.

Met dat al worden jaarlijks vele duizenden mensen met een merkwaardige bevinding geconfronteerd: het ‘distant early warning system’ heeft gewerkt en er zijn kleine, vroege gevaartekens gesignaleerd: signalen van een kleine kans op een groot onheil. Het is aan de arts om die tekens te interpreteren. De mensen die het betreft zijn nog wel geen patiënten, maar ze zijn toch al proto-patiënten. De dokter moet nu zonder hen te verontrusten deze proto-patiënten ertoe

zien te bewegen zijn aanwijzingen op te volgen: ze zullen zich over enige tijd opnieuw moeten melden voor controle, ze zullen hun gewoonten moeten veranderen, moeten afzien van zout of van tabak, minder hard werken of juist harder trimmen enzovoort... Kortom, voor hen geldt van nu af aan een toestand van verhoogde waakzaamheid. Zij leven voortaan onder licht medisch regiem.

Om inzicht te krijgen in de mate van afhankelijkheid die deze vroegtijdige waarschuwing teweegbrengt, is het noodzakelijk de paradoxale aard van de mededeling nader te bespreken. Het gaat in al deze gevallen om een klein risico op een groot onheil. Hoewel de kansverdeling meestal wel enigszins, maar zelden met grote betrouwbaarheid is vastgesteld, is daarmee nog niet de betekenis van het vroege gevaarteken voor de proto-patiënt en diens arts gegeven. 'De beperkte voorspellende waarde van een testuitslag of gevonden afwijking plaatst een arts in een netelige positie. De uitkomst van een onderzoek moet immers voor de patiënt vertaald worden in een alles of niets: iemand is of ziek of gezond.'[96]

Een kleine kans op een groot onheil heeft als zodanig geen gevoelsbetekenis; psychodynamisch gezien: ofwel iemand laat zich overweldigen door de angst voor het grote onheil, ofwel hij verdringt alle gedachten aan die dreiging. Maar deze gemoedsneigingen van de patiënt (en ook van zijn arts) leveren een interactioneel dilemma op, omdat 'mensen zonder klachten moeilijker te bewegen zijn zich naar het "medische model" te plooien, dan mensen die evident ziek zijn.'[97] De arts zal zijn patiënt allereerst geruststellen, maar tegelijkertijd zal hij trachten hem tot volgzaamheid te bewegen, tot 'compliantie'. Dat leidt tot een interactie volgens 'double bind model',[98] waarbij de uitgesproken boodschap van de arts gelijktijdig tenietgedaan wordt door de wijze van presentatie (de meta-communicatie). De dokter zal de kansen op het mogelijk onheil bagatelliseren maar gelijktijdig voorschriften geven en dat op een wijze die navolging moet waarborgen, ter voorkoming van het mogelijk onheil. De bloeddruk is weliswaar wat hoog, maar toch ongevaarlijk, de patiënt moet zich vooral geen zorgen maken en of hij maar voortaan zout en opwinding wil vermijden en zich over drie maanden nog eens wil melden. Die voorschriften en vervolg-afspraken worden door de patiënt opgevat als een impliciete logenstraffing van het geruststellende gesprek.

Deze analyse kan verklaren waarom de steeds vaker voorkomende

'early-warning'-consulten zo vaak mislopen en resulteren ofwel in ongerechtvaardigd lijkende angst ofwel in 'non-compliance' (en verdringing). Wil de arts immers zijn proto-patiënt onder medisch regiem brengen, dan is het nodig niet alle angst weg te nemen die hij als toeverlaat van zijn patiënt tegelijk wil wegpraten. Het gaat bij al deze vroege signaleringen niet om de statistische kans op het onheil of om de objectieve ernst ervan, maar om de balans tussen manifeste angst en verdringing bij de patiënt, tussen geruststelling en het verkrijgen van compliantie bij de arts.

3. *Veroudering*

Met de verlenging van de gemiddelde levensduur vormt zich een categorie mensen die enkel en alleen om hun leeftijd onder licht medisch regiem gebracht worden en die leven in een toestand van verhoogde waakzaamheid: de bejaarden. Het medisch toezicht op oude mensen heeft zich recentelijk ontwikkeld tot een apart specialisme, de gerontologie en de geriatrie.

Met de leeftijd stijgt de kans op allerlei aandoeningen, maar ook als daarvan nog niets is gebleken is de alledaagse oude dag in sterkere mate gemedicaliseerd dan het dagelijks leven van jonge mensen, zij het langs dezelfde zorgen voor hygiëne, dieet, conditie en leefomgeving. In deze late levensperiode wordt des te alerter gespeurd naar vroege gevaartekens van ernstige ziekte, bijvoorbeeld door medische controle op gezette tijden. Alleen al de vergrijzing van de bevolking brengt een verdere medicalisering van het gewone leven met zich mee.

Kunnen oude mensen zich niet meer in hun eigen woning redden, dan worden zij - veelal op medische indicatie - opgenomen in bejaardentehuizen, die weliswaar niet rechtstreeks onder medisch beheer staan maar waaraan gewoonlijk een arts is toegevoegd.

4. *Vertraging en verlenging van het ziekteproces*

Nog een andere categorie mensen neemt in aantal toe, de zieken wier toestand niet blijvend verbetert maar ook nog niet voorgoed verslechtert, de chronisch zieken. Sommige uiterst langdurige ziektes zijn verdwenen, zoals tuberculose; andere aandoeningen die blijvende hulpbehoevendheid teweegbrengen, zijn eveneens uitgebannen, bij-

voorbeeld poliomyelitis (kinderverlamming). Maar juist omdat mensen meer tijd van leven hebben en ondertussen niet aan acute infecties bezwijken, lopen zij nu grotere kans op hart- en vaatziekten, of op ‘kwaadaardige nieuwvormingen’ (kanker). Die kansen zijn ook toegenomen als gevolg van moderne, bewegingsarme levenswijzen, door voedings- en rookgewoonten en door de verontreinigende neveneffecten van de industriële produktie.

Met dat al leeft een grote categorie mensen chronisch in een medische uitzonderingstoestand. Zij zijn ziek, kunnen niet werken, of slechts voor een deel van de tijd, moeten het bed houden of behoeven allerlei bijzondere aanpassingen in hun woning, ze moeten in hun plannen op korte termijn rekening houden met het advies van de arts en kunnen op lange termijn geen regelingen treffen omdat onzeker is of hun die tijd van leven is gegund. Ze worden voor kortere of langere tijd opgenomen in het ziekenhuis, ondergaan tests en operaties, slikken de medicijn die de dokter voorschrijft, komen tenslotte dikwijls terecht in verzorgingshuizen en verpleegtehuizen. Het proces van verzieking kan vele jaren duren, afgewisseld en soms afgesloten door een tijd van verbetering of anders door een definitieve verslechtering.

Dat het ziekteproces zo lang duurt betekent in veruit de meeste gevallen winst aan levensduur en vaak aan levensgeluk. Sommige ziektes die vroeger een vrij kort en fataal verloop hadden zijn nu chronisch geworden, soms in draaglijke vorm zoals bij diabetes, soms op zeer belastende wijze zoals bij nierinsufficiënties met dialyse.

Geleidelijk wijzigen zich de verhoudingen waarin de chronische patiënt met de mensen om hem heen leeft. Naarmate zijn toestand voortduurt en verslechtert, verliest de zieke contacten in het werk, in zijn uitgaansleven of in verenigingsverband; lichamelijk en maatschappelijk functieverlies gaan gelijk op.

Het netwerk van afhankelijkheden krimpt totdat nog enkele verwanten en vertrouwelingen resten; degenen die voordien zelf afhankelijk waren van de zieke, moeten nu met anderen hun strevingen zien te realiseren en maken zich langzaamaan los van de zieke of constateren dat de afhankelijkheidsbalans naar de andere kant is uitgeslagen en zij niet langer zozeer op de zieke zijn aangewezen alswel de zieke op hen.

Naarmate de toestand van de zieke verslechtert worden de contac-

ten met de artsen en overig medisch personeel belangrijker, gaat het medisch advies meer aspecten van het leven bepalen en wint telkens aan gewicht. Het relatienetwerk van de patiënt krimpt in, hij raakt in zijn verhoudingen afhankelijker dan tevoren en van minder mensen om hem heen; een gebondenheid aan het medisch corps treedt in de plaats van velerlei vroegere bindingen: met de verzieking neemt de verafhankelijking toe en het meest van al komt de patiënt af te hangen van het medisch regiem dat over hem gevoerd wordt.

5. *Ziekenhuis- en gestichtsopname: algehele inlijving*

Mensen die met een lichamelijke aandoening in een ziekenhuis zijn opgenomen, zijn voor de duur van hun verblijf onder volledig medisch regiem gesteld. Het zullen er op elk moment een vijfendertigduizend zijn (een dalend aantal: hoewel het aantal opnamen stijgt, tot anderhalf miljoen in 1980, loopt de opnameduur terug). Zo'n honderdduizend mensen worden eveneens opgenomen en onder dat medisch regiem gebracht, zonder dat van genezing, of vaak zelfs maar van behandeling sprake is. Het medisch beheer beperkt zich dan veelal tot verzorging en bewaking. Dat geldt voor de verpleegtehuizen waar nu een veertigduizend patiënten zijn opgenomen, en evenzeer voor de psychiatrische ziekenhuizen, waar op elk moment zo'n tweeentwintigduizend patiënten verblijven (een dalend aantal, omdat ook hier de toename van het aantal opnamen tenietgedaan wordt door de verkorting van de verpleegduur). Het geldt ook voor de zwakzinnigeninrichtingen waar op enig tijdstip ruim negenentwintigduizend mensen zijn ondergebracht (een toenemend aantal, omdat met de levensduur ook de verpleegduur toeneemt).[99]

Het is een omstreden vraag of opname in deze inrichtingen wel in alle gevallen gewenst is, of dat de verzorging en bewaking van patiënten ook in ander verband zou kunnen plaatsvinden. Dat geldt voor de opname in zwakzinnigentehuizen en psychiatrische inrichtingen, in verpleeg- en bejaardentehuizen, en voor allerlei opnamen (bijvoorbeeld voor bevalling) in gewone ziekenhuizen. Maar ook al zou vast komen te staan dat in voorkomende gevallen zulke tehuizen en inrichtingen de best mogelijke institutionele vorm zijn voor verzorging en bewaking, dan nog zou controversieel blijven in hoeverre de medische expertise toereikend is om het regiem in die inrichtingen te bepalen.

Onmiskenbaar zijn gekken, imbecielen, gebrekkigen en doodzieken hun omgeving tot last en lopen zij zelf gevaar bij verwaarlozing of wanbejegening. Maar de bescherming, bewaking en verzorging van hulpbehoevenden is om die reden nog geen zaak van medische expertise alleen en behoeft daarom nog niet geheel te vallen onder het medisch regiem in zijn meest ingrijpende vorm van opname in een ‘totale institutie’. En telkens wanneer een maatschappelijk conflict hoog oplaait, dreigt opnieuw een categorie mensen onder medische curatele gesteld te worden; dat geldt ook voor zedenmisdadigers en geweldsdelinquenten zoals daar nu sprake van is voor verslaafden aan narcotica.

Al met al leven ongeveer honderddertigduizend mensen in Nederland onder een volledig medisch regiem; zij worden daarbij bewaakt en verzorgd door bijna driehonderdduizend medische, para-medische en civiele werkers, alles onder leiding en naar de aanwijzingen van een medisch corps met zevenentwintigduizend artsen.

6. *Medische advisering*

Op kritische momenten in de levensloop, bij omstreden maatregelen in het arbeidsproces, in de toewijzing van schaarse voorzieningen en bij de afweging van collectieve risico's, zijn medici in de positie geraakt dat hun advies gevraagd wordt en dat dit advies vaak doorslaggevend blijkt. In bijna al die gevallen kan medische expertise relevante informatie opleveren, maar zelden zijn alle relevante overwegingen daaruit af te leiden en vrijwel nooit is de redelijke afweging van de geldende belangen op die deskundigheid alleen te baseren.

Dit laat zich goed toelichten aan het voorbeeld van de abortus provocatus. Die ingreep kan waarschijnlijk het best verricht worden onder medisch toezicht. Maar de indicatie kan in de grote meerderheid van de gevallen niet alleen op grond van medische expertise gesteld worden (en zelfs in gezondheidsbedreigende situaties kan de afweging van risico's niet alleen op grond van medische deskundigheid geschieden). Het maatschappelijk omstreden karakter van de beslissing tot vruchtafdrijving versterkte de medische betrokkenheid bij de indicatiestelling en de delegatie van de beslissingsbevoegdheid aan medici moest dienen om die maatschappelijke tegenstellingen te verzoenen en te verhullen.

Er doen zich nu overeenkomstige ontwikkelingen voor rond de euthanasie,[100] de hulp bij zelfdoding,[101] de transseksualiteit.[102] Op andere gebieden, zoals die van de geboortenbeperking en de seksuele variaties, is de medische bemoeienis verminderd naarmate de maatschappelijke acceptatie toenam, dat wil zeggen naarmate de maatschappelijke tegenstellingen in deze kwesties zijn verminderd.

Ook bij de vaststelling van arbeidsongeschiktheid gaat het om een in beginsel omstreden belangenafweging die wordt afgewikkeld als een kwestie van medische expertise: de vraag in hoeverre iemand inderdaad zijn huidige taken niet meer kan verrichten, weegt het zwaarst, de vraag in hoeverre die taken dan kunnen worden aangepast en welke andere taken eventueel beschikbaar zijn, blijft veelal onbesproken.[103] Voor zover die arbeidsongeschiktheid niet uitsluitend kan worden bepaald op grond van onderzoeksresultaten, onafhankelijk van de voorkennis en de intenties van de onderzochte, gaat het om een restcategorie van ‘vage klachten’ en ‘psychische problemen’.[104] In feite gaat het dan ook om een conflict tussen een werknemer, die onder die omstandigheden niet wil of niet kan werken, en een bedrijfsleiding, die de omstandigheden niet kan of niet wil veranderen. Onwil en onmacht zijn onontwarbaar, aan beide zijden, en de medicus brengt een potentieel conflict onder zijn regiem met de constatering van arbeidsongeschiktheid. De bredere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt blijven daarbij vrijwel geheel buiten beschouwing.

Net zo functioneert het stelsel van medische indicaties voor schaarse voorzieningen, zoals woningen, verzorgingshuizen, materiële faciliteiten enzovoort.[105] Ook in deze gevallen wordt een in wezen subjectieve behoefte in schijn geobjectiveerd door haar tot noodzaak te verklaren op grond van een medische argumentatie die daartoe in de meeste gevallen ontoereikend is en die in alle gevallen het globale distributieprobleem buiten beschouwing laat, alweer met conflictdempende functie. Analoog is de werking van medische adviezen bij de selectie van mensen, of het nu gaat om de militaire dienst of om aanstellingen in het bedrijfsleven; de keurende arts krijgt een veto toegewezen dat in allerlei gevallen kan dienen om de organisatie voor een reeks conflicten te behoeden. Waar die selectie minder omstreden is, geringere consequenties heeft, zoals bij sport- en verkeerskeuringen, zal het medisch advies ook specifieker, zakelijker zijn, omdat het immers geen conflictbeheersende functie behoeft te vervullen. (Maar

zodra het confilct-potentieel weer toeneemt, zoals bij het doping-on-derzoek, wordt ook de medische expertise weer uitgerekt tot ver voorbij de grenzen waarbinnen ze nog geldig is.)

Het reeds genoemde probleem van de evaluatie van kleine kansen op een groot onheil doet zich ook voor in de medische advisering over de risico's van bedrijfsveiligheid, de toxiciteit van voeding en levensomgeving, van geluidsoverlast en stralingsgevaar.[106] De problemen zijn hier twee ordes groter dan in de vroege diagnostiek van individuele patiënten: de kansen zijn kleiner, het onheil dat kan resulteren is groter, betreft althans veel meer mensen. Dat gaat evenzeer op voor de schatting van neveneffecten van medicaties en therapieën. Telkenmale zijn hier complexe maatschappelijke problemen van risicoschatting en risicoafweging en van de toedeling van externe effecten weggewerkt door veiligheidsnormen te construeren en vervolgens te presenteren als het resultaat van medische expertise, die in feite niet uit die expertise konden worden afgeleid en die achteraf in zeer veel gevallen een heel andere risicoafweging bleken te impliceren dan maatschappelijk aanvaardbaar was.

Tot zover de opsomming van de verschillende maatschappelijke vlakken waarin zich de medische bemoeienis heeft uitgebreid: in de medicalisering van het alledaagse leven; door universalisering en vervroeging van de diagnostiek; door de vergrijzing van de bevolking; door de verlenging van ziekteprocessen; door uitbreiding van de categorieën onder volledig medisch beheer; door toenemende medische advisering in omstreden beslissingen in de levensloop, in het arbeidsproces, bij de selectie van mensen, bij de toewijzing van schaarse voorzieningen en in de afweging van collectieve risico's. Deze ontwikkelingen zijn stuk voor stuk wel bekend, al ontbreekt een samenvattende inventarisatie.

De toenemende medische bemoeienis, de professionalisering en verwetenschappelijking van de samenleving in het algemeen is in de literatuur bij herhaling beschreven en meer en meer met een kritische strekking. Het ideologische,[107] disciplinerende,[108]klassebestendigende[109] karakter van deze heerschappij der deskundigen is een hoofdthema in de hedendaagse sociologie. Het professionaliseringsproces is, vooral sedert Freidson,[110] beschreven in termen van monopolisering van kennis en van het dienstenaanbod, in termen van machtsvorming en winststreven.

Dat alles is terecht en een noodzakelijke correctie op een beschrijving van de ontwikkeling van het medisch beroep als enkel uitbreiding en verbetering van de kennisvorming en van de cliëntenbejegening. Dat een demystificerende en kritische teneur nu zo overheerst in de literatuur over professionele beroepen en in het bijzonder in de medische sociologie, is ook een gevolg van de opkomst van de sociale wetenschappen als relatief autonome beroepsgroep, die zich in het begin nog aan een machtiger professie dienstbaar maakte als *sociology in medicine* en zich daar nu meer en meer tegen afzet als *sociology of medicine*.[111]

Toch laboreren zowel de eerdere beschouwingen over het professionaliseringsproces in termen van kennisverbetering en dienstbetoon, als de modernere analyses in termen van monopolisering en beheersing, aan eenzelfde tekort: een overschatting van het bewuste, actieve aandeel van de afzonderlijke beroepsbeoefenaren en van het beroepscorps als geheel in het verloop van dit professionaliseringsproces. Of de strekking van het betoog nu apologetisch of aanklagend is, of bijvoorbeeld de medici worden voorgesteld als helden of als schurken, het ontbreekt aan begrip voor de onbedoelde, vaak onopgemerkte, dwangmatige aspecten in de ontwikkeling.

Een opmerkelijk patroon in de ontwikkeling is dan ook in de literatuur vrijwel onvermeld gebleven: de aarzeling en vaak ook de tegenzin van de bestuurlijke en academische elite van het medisch corps om de beslissingsmacht aan zich te trekken op terreinen waar individuele artsen zich al lieten gelden, waar sociale groeperingen die medische bemoeienis al verlangden en waar regering of ambtenarenapparaat die bevoegdheid al aan de medici toeschoven. Deze merkwaardige terughoudendheid van de medische elites levert de sleutel voor een analyse van de medische machtsvorming, voor een begrip van de interne tegenstellingen en externe beperkingen ervan.

Uit de opsomming van de vlakken waarin uitbreiding van medische bemoeienis heeft plaatsgevonden, is te concluderen dat over de moderne samenleving een medisch regiem wordt uitgeoefend, over sommigen totaal en zelfs permanent, over vrijwel iedereen voor vele aspecten van het dagelijks leven en op beslissende momenten in de levensloop. Dat medisch regiem is op te vatten als het totaal van alle voorschriften die medici hun patiënten, proto-patiënten en quasi-patiënten opleggen. Maar die totaliteit van voorschriften omvat als zo-

danig ook een gezagsverhouding en een hiërarchie, een beroepsethos en een levensbeschouwing.

Dat medisch regiem is niet het enige dat over de bevolking uitgeoefend wordt; de jeugd leeft onder een strikt pedagogisch regiem, de gevechtsgeschikten voor een aantal maanden onder een militair regiem, de arbeidsgeschikten onder een arbeidsregiem (dat boven het niveau van de afzonderlijke bedrijven verder geen organisatie kent maar wel wettelijke regeling en een marktmechanisme) en veroordeelden leven onder een penitentiair regiem. Met de uitbreiding van ambtelijke en bureaucratische bemoeienis komen mensen hoe langer hoe meer onder een administratief regiem te leven waarin ze gedurig hebben boek te houden van hun doen en laten, hun hebben en houden zoals zoveel belastingplichtigen nu al onder het fiscaal regiem.

De professionele corpsen die hun cliëntèles beheren en bewaken en behandelen, ontlenen hun monopoliepositie en dus hun machtsbasis in laatste instantie aan de staat; zij doordringen het staatsapparaat door een osmose van beroepsorganisaties en ambtelijke apparaten,[112] maar zij regeren niet. De uiteindelijke aanspraak op hun machtsuitoefening ontlenen zij aan hun bijzondere expertisie.[113] In beginsel is het terrein van hun specifieke deskundigheid omschreven en is hun kennis gefundeerd op expliciete theorieën en aantoonbare onderzoeksresultaten; in beginsel - in de praktijk zijn niet alle voorschriften die onder een regiem worden uitgevaardigd met die technisch-wetenschappelijke kennis te rechtvaardigen.[114] Naarmate een regiem zich vestigt en uitbreidt zullen zich vaker situaties voordoen waarin maatregelen worden getroffen die met die expertise niet toereikend te funderen zijn: daarin steekt het legitimeringsprobleem van de professionele machtsuitoefening en dat legitimeringsprobleem veroorzaakt interne tegenstellingen en schept externe beperkingen. Dat legitimiteitstekort noopt de elites van bestuurders en opleiders in de professie tot terughoudendheid in de uitbreiding van de professionele competentiesfeer. Het zijn dan ook niet de elites die welbewust voortwerken aan de uitbreiding van hun regiem; dat proces voltrekt zich grotendeels buiten hun toedoen om.

Het medisch regiem heeft zich gevestigd en uitgebreid als onbedoeld resultaat van de strevingen van afzonderlijke artsen enerzijds en anderzijds als consequentie van maatschappelijke tegenstellingen die door medische tussenkomst beter te beheersen leken. Binnen het

medisch beroep werkt een permanente pressie tot uitbreiding van de bemoeienis van artsen, doordat nieuwe generaties medici emplooi zoeken en doordat alle afzonderlijke artsen streven naar vergroting van hun maatschappelijke kansen op inkomen, aanzien en de realisering van hun beroepsidealen. Zij onderscheiden zich daarin niet van anderen in de politieke arena en op de arbeidsmarkt, al is de realisering van beroepsidealen een ambitie die alleen in de hooggeschoolde en tamelijk autonome beroepen een kans van slagen heeft.

Er zijn dus steeds afzonderlijke artsen of specifieke groeperingen van medici doende nieuwe mogelijkheden te beproeven, nieuwe werkterreinen te ontsluiten, nieuwe idealen van gezondheidszorg te formuleren en te realiseren. Maar terzelfdertijd doen zich in de samenleving allerhande conflicten voor waarin de betrokken partijen steun zoeken bij deskundigen om hun tegenstellingen te beslechten. Een dergelijke herformulering van hun geschil in technisch-wetenschappelijke termen veronderstelt al een zekere mate van bekendheid met de basisbegrippen en de grondhoudingen van de professie die de oplossing moet bieden: veronderstelt dus een zekere mate van 'proto-professionalisering.'[115] De herdefintie van een arbeidsconflict, bijvoorbeeld, als een medisch probleem, versterkt de onderhandelingspositie van de werknemer omdat zijn persoonlijke verlangens nu kunnen worden geformuleerd als medische vereisten; ze zijn daarmee geobjectiveerd, maar tegelijk ook geïndividualiseerd, gereduceerd tot het bijzondere maar nu welomschreven probleem van die werknemer. Deze begrenzing van het geschil kan een motief zijn voor de bedrijfsleiding om in te stemmen met een medische benadering van de belangentegenstelling. De bekendste manier van medicalisering van ongenoegens is het arbeidsverzuim als ziekteverzuim.

Deze reductie van maatschappelijke conflicten tot door medici behandelbare problemen doet zich telkens voor, op alle vlakken die in de voorafgaande inventarisatie werden aangegeven: in de selectie van mensen en in de toedeling van voorzieningen; in de toewijzing van mensen aan medische bewaringsinstanties, of het nu gebrekkigen, chronisch zieken of stervenden geldt, zwakzinnigen, psychotici, verslaafden of hulpbehoevende bejaarden. Dat maatschappelijk conflict manifesteert zich voor afzonderlijke mensen vaak als een persoonlijk conflict, waarin strijdige verlangens door een enkel mens moeten worden afgewogen; ook in deze persoonlijke conflictsituaties, waarin

ooit zielszorgers en raadslieden uitkomst moesten brengen, kan de medicus oplossing bieden door een nieuwe formulering van het conflict als een behandelbaar, want medisch probleem.

Telkens wanneer er sprake is van maatschappelijke tegenstellingen, ook in hun individuele vorm als persoonlijke conflicten, is de reductie tot medisch probleem een oneigenlijke toepassing van medische kennis, wordt de medische expertise als dekmantel gebruikt voor conflictbeheersing.

Deze functie van medici is in de literatuur in talloze situaties beschreven, maar is veelal ten onrechte aangezien voor beheersing zonder meer; dat is in twee opzichten onjuist: het gaat niet uitsluitend om disciplinering, het gaat in de eerste plaats om conflictbeheersing, om de beslechting van maatschappelijke tegenstellingen en van persoonlijke conflicten op een bijzondere wijze, door ze te herdefiniëren als medisch probleem. Ten tweede, deze vorm van medische interventie berust niet enkel op medisch initiatief, is ook niet opgelegd door de heersende klasse of het staatsapparaat, maar berust op een collusie, een verborgen medeplichtigheid van de partijen in het conflict, met elkaar en met de arts. De winst voor de zwakste partij in het conflict is gelegen in de objectivering van zijn verlangens als medische noodzaak, de winst van de sterkste partij is gelegen in de aldus gerealiseerde 'individualisering'[116] of maatschappelijke isolering van het conflict: door de medicalisering wordt automatisch een uitzonderingstoestand gecreëerd, ook al geldt die uitzonderingstoestand voor vele honderdduizenden, zoals bij de arbeidsongeschiktheid. De winst voor de derde in het verbond, de arts, is gelegen in de kansen op aanzien, inkomen en de realisering van zijn beroepsidealen.

Maar al deze driehoeks-collusies zijn incidenteel, doen zich in afzonderlijke episodes voor, zonder dat de partijen beseffen wat op langer termijn en in breder verband het effect van hun strategieën van conflictbeheersing zal zijn. Het zijn de medische elites van bestuurders en opleiders die op den duur geconfronteerd worden met de geaccumuleerde effecten van incidentele uitbreidingen van de medische bemoeienis. Wat geleidelijk aan de aanvaarde en alom bekende praktijk wordt van individuele artsen en afzonderlijke groeperingen van medici, vereist uiteindelijk de formulering van een algemeen beleid. Wordt dat beleid voorwerp van discussie binnen de artsenstand en daarbuiten, dan doen zich vrijwel onvermijdelijk legitimeringsproble-

men voor. Voor zover de gegroeide praktijk niet toereikend is te rechtvaardigen op grond van consensuele medische kennis, zullen binnen de artsenorganisaties evenveel verschillen van mening blijken te bestaan als binnen de bevolking als geheel: dat bleek in de abortusdiscussie,[117] blijkt in het debat over de euthanasie, komt regelmatig aan de orde wanneer het gaat over de omschrijving van gronden voor ziekteverzuim of voor de vaststelling van arbeidsongeschiktheid, blijkt nu opnieuw in de bemoeienis van artsen met zelfdoding, methadon-verschaffing of de voorkoming van een kernoorlog.

Wanneer het medisch regiem zich uitbreidt naar levensaspecten of over categorieën mensen zonder dat de medische expertise toereikend is om de gegeven voorschriften te rechtvaardigen, dreigt een openlijk en levensbeschouwelijk conflict binnen de artsenstand. De bestuurders en opleiders zien dan hun machtsbasis in de eigen aanhang bedreigd, vrezen verdeeldheid die ook de onderhandelingsposities tegenover het staatsapparaat en de daarmee gelieerde adviesorganen zou kunnen aantasten. Maar die uitbreiding van het medisch regiem over zijn legitimiteitsgrenzen heen tast ook het gezag van het medisch corps tegenover de buitenwacht aan, maakt de medische machtsuitoefening tot voorwerp van een openbare discussie en een politieke kritiek, waarin de medische stand per definitie kwetsbaar is omdat het beleid niet te rechtvaardigen blijkt op gronden van medische expertise, de enige grond voor de legitimiteit van de machtsuitoefening.

Het zijn deze legitimeringsproblemen die de terughoudendheid van medische bestuurlijke en academische elites verklaren in de uitbreiding van het medisch regiem onder hun leiding.[118]. Dat zich dat regiem desondanks toch uitbreidt, is de onbedoelde resultante van myriaden medische interventies in maatschappelijke tegenstellingen en persoonlijke conflicten in collusie met de betrokkenen.

Dat de bestuurlijke elite van de medische stand zich in kwesties van organisatie en financiering van de gezondheidszorg soms progressiever opstelt dan de achterban (maar niet expansiever),[119] komt ook voort uit een grotere gevoeligheid voor de pressie van regering en publieke opinie. Dit leidt dan weer tot conflicten met het eigen ledenbestand.

De uitbreiding van het medisch regiem heeft als tegenkant de verafhankelijking van patiënten, proto-patiënten en quasi-patiënten van medici, impliceert ook het wegvallen en inkrimpen van andere net-

werken van steun, hulp en conflictbeheersing. Dat is niet het resultaat geweest van de machinaties van een op gewin en macht beluste samenzwering van experts, evenmin de uitkomst van een plan om deze deskundigen in te zetten ter uitbreiding van de staatsmacht of ter disciplinering van de arbeidersklasse; het was ook niet de triomf van de inspanningen van hecht vereende mensenredders en microbenjagers - het was de onbedoelde en onopgemerkte resultante van talloze incidentele collusies tussen elkander bestrijdende of innerlijk verdeelde mensen met artsen op zoek naar maatschappelijke kansen.

De ontwikkeling van dit medisch regiem is te keren en te richten, in de eerste plaats door openbare kritiek op de legitimatie die voor die medische machtsuitoefening wordt aangedragen. Maar zelfs in de openbare en kritische discussie valt het de debattanten moeilijk zich niet van nieuwe varianten van de medische retoriek te bedienen wanneer zij een maatschappelijke misstand willen aanklagen, of het nu milieuverontreiniging of het gevaar voor een kernoorlog, het recht op zelfmoord of op periodiek arbeidsverzuim betreft. Ook aanvaarding van een ‘sociaal’ in plaats van een ‘medisch’ model kan grote uitbreiding van de medische bemoeienis met zich meebrengen, al dan niet onder agogische leiding.[120]

In de tweede plaats is dat medisch regiem te hervormen door het onder het beheer te brengen van de mensen over wie het wordt uitgeoefend. Voor zover artsen medische experts zijn, kunnen de voorwaarden waaronder zij hun kennis toepassen worden bepaald door de mensen die het aangaat en zijn het ook die mensen die uiteindelijk de afwegingen van risico's en van belangen kunnen maken waartoe artsen de deskundige informatie bijdragen.

Die hernieuwde politisering van de gezondheidszorg, waarbij maatschappelijke tegenstellingen en persoonlijke conflicten dus als zodanig en niet als medische problemen worden besproken, kan niet afdoende worden geregeld op het niveau van de centrale staat met zijn ambtenarenapparaten en gelieerde adviesorganen. Die gezondheidspolitiek in de eigenlijke zin des woords moet bedreven worden binnen de gemeenschappen waarin zich die tegenstellingen en conflicten voordoen, binnen de samenlevingsverbanden waarin mensen werken, wonen en hun zaken van geloof, vermaak en vriendschap regelen.[121]

Eindnoten:

92 A. de Froe, ‘Alle mensen zijn altijd ziek.’ In: *De Gids*, 136, 9/10, 1973, blz. 583.

93 Die bemoeienis van artsen met alledaagse bezigheden omwille van de gezondheid richtte zich in de negentiende eeuw vooral op vrouwen: Barbara Ehrenreich and Deirdre English, *For her own good; 150 years of experts' advice to women*. Anchor/Doubleday, Garden City (N.Y.) 1979. Tegenwoordig verbreidt die medicalisering zich onder het motto van de zelfhulp. Bijvoorbeeld: ‘een “hygiëne voor het zien”, als een manier om goede kijkgewoonten aan te leren,’ bij Johan Hoet, ‘Zelfhulp bij gezichtsvermindering.’ In: (R. Lafaille, red.) *Zelfhulptechnieken; wat een individu zelf kandoen aan zijn lichamelijk en geestelijk welzijn*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1981, blz. IV. 13. Hoe.

94 Vergelijk Hans Jürgen Teuteberg, ‘Die Ernährung als psychosoziales Phänomen; Überlegungen zu einem verhaltenstheoretischen Bezugsrahmen.’ In: *Hamburger Jahrbuch für Wirtschaft und*

Gesellschaftspolitik 24, 1979, blz. 262-282, speciaal blz. 272. De Sterke sociale afwijzing van corpulentie: George L. Maddox, Kurt W. Back and Veronica R. Liederman, 'Overweight as social deviance and disability.' In: *Journal of Health and Social Behavior* 9, 3, 1968, blz. 287-298.

95 Christiaan Van Weel, *Anticiperende geneeskunde in de praktijk*. Dissertatie. Erasmus Universiteit Rotterdam 1981.

96 *Idem*, blz. 44

97 *Idem*, blz 47.

98 Gregory Bateson, 'Double bind.' In: *Steps to an ecology of mind; collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*. Paladin, Herts 1973. Voor een medisch-sociologische toepassing op verwant terrein: Linda Alexander, 'The Double-Bind between dialysis patients and their health practitioners.' In: L. Eisenberg and A. Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*. Reidel, Dordrecht etc. 1981.

99 Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1979. Centraal Bureau voor Statistiek. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1980; Statistisch zakboek 1981. Centraal Bureau voor de Statistiek. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1981.

100 F. van Heek, *Actieve euthanasie als sociologisch probleem; een macro-sociologische verkenning van feiten en samenhangen*. Boom, Meppel 1975.

101 Zie hierover Corrie van Eijk-Osterholt, 'De dood geholpen; over het proces Wertheim.' In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 1982, blz. 3-16; vergelijk ook de discussies tussen Van Eijk-Osterholt en F. van Ree in dit blad (12, 1978) en tussen B.F.W. Diekstra en A.J. Heerma van Voss (4, 1979).

102 Thomas Kando, *Sex change; the achievement of gender identity among feminized transsexuals*. Thomas, Springfield (Ill.) 1973.

103 P.A. van Wely, 'Wordt bedrijfsgezondheidszorg gebruikt voor produktiebevordering?' (Congres voor Openbare Gezondheidsregeling). *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 60, 5, 1982.

104 Abram de Swaan e.a., Het spreekuur als opgave (Sociologie van de psychotherapie, 2). Het Spectrum/Aula, Utrecht, Antwerpen 1979.

105 Th.F.B. Terhorst, 'Worden welzijnsvoorzieningen medisch verhuld?' (Congres voor Openbare Gezondheidsregeling) *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 60, 5, 1982.

106 H.-H. Abholz, *Prävention; Gesundheit und Politik*. Argument-Sonderband AS 64.Argument-Verlag, Berlin 1981.

107 Jürgen Habermas, *Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1968.

108 Michel Foucault, *Naissance de la clinique; une archéologie du regard médical* (4e ed.). Presses Universitaires France, Paris 1978.

109 Vicente Navarro, *Medicine under capitalism*. Prodist, New York 1976.

110 Eliot Freidson, *Profession of Medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead, New York 1977.

111 L. Eisenberg and A. Kleinman, 'Clinical social science.' In: L. Eisenberg and A. Kleinman, *The relevance of social science for medicine*. Reidel, Dordrecht etc. 1981; P.M. Strong, 'Sociological imperialism and the profession of medicine; a critical explanation of the thesis of medical imperialism.' In: *Social Science and Medicine* 13a, 1977, blz. 199-215; Margaret Gold, 'A crisis of identity: the case of medical sociology.' In: *Journal of Health and Social Behavior*, 18, June 1977, blz. 160-8.

112 Vergelijk bijvoorbeeld de structuur van het beleidsveld zorg; een inventarisatie van organisaties. S.C.P.-cahier no. 23. Sociaal en Cultureel Planbureau e.a., Rijswijk 1981, speciaal blz. 86.

113 E. Freidson, *op. cit.*., blz. 337 e.v.

114 Kenmerkend voor de professionele beroepen is niet alleen de bijzondere expertise, maarjuist de mengeling van enerzijds 'techniciteit': kennis die in regels vast te leggen en over te dragen is, en anderzijds 'onbepaaldheid': ervaringskennis, 'feeling' en 'klinische blik', die nu juist niet aan anderen zijn over te dragen. Aan die 'onbepaaldheid' ontleent het beroep een groot deel van de machtspositie: H. Jamous and B. Peloille, 'Professions or selfperpetuating systems? Changes in the French university-hospital system.' In: J.A. Jackson (ed.), *Professions and professionalization*. University Press, Cambridge 1970.

115 Chr. Brinkgreve, J. Onland, en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf (Sociologie van de psychotherapie*, 1). Aula/Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1979.

116 Gerhard Nijhof, *Individualisering en uitstoting; van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis; een perspectief voor een psychiatrische sociologie*. Link, Nijmegen 1978.

117 Bob Polak, *Politisering en professionalisering; kritiek op de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*. Doctoraalscriptie FSW-A, Universiteit van Amsterdam 1976 (niet gepubliceerd).

118 Het bestuur van de overkoepelende vereniging van psychotherapeuten (en van specialistische psychotherapeutische verenigingen), NVP, komt in een rondschrijven aan de leden vrijwel woordelijk tot deze conclusie: 'Overigens vraagt het bestuur zich af of er ook maar één doel te noemen is dat de instemming zou hebben van het grootste deel van het ledenbestand. (...) Geconcludeerd wordt, dat juist omdat de belangen binnen de NVP ZO tegenstrijdig zijn, het beter lijkt dat het bestuur een meer terughoudend beleid voert.' NVP-*Mededelingen*, november/december 1981, blz. 2.

119 Theo Van der Krogt, *Professionalisering en collectieve macht; een conceptueel kader*. Vuga, 's-Gravenhage 1981, blz. 202-6.

120 'If sociologists have done the public and the profession a service by criticizing the unwarranted extention of the biomedical model beyond its domain of applicability, they themselves, by arguing for a "social model", advocate a position which implies the involvement of health experts (albeit nonmedical ones; sociologists, in fact) in the management of an even wider range of everyday activities.' Eisenberg and Kleinman, *op. cit.*, blz. 17. De sociaal ingestelde, 'wijkgerichte' geneeskunde zal de maatschappijcritici ook niet apaiseren: 'Community medicine reflects, in its sophisticated methods of penetration and in the fetishism of community self-determination or participation, the capacity to manipulate and legitimize. It establishes a subtle dominance that spies upon and penetrates the people by means of a simplified medicine that generates invisible forms of repression and control and is performed in a secret manner, resembling a technique of service expansion.' Jaime Breilh, 'Community medicine under imperialism: a new medical police?' In: V. Navarro (ed.), *Imperialism, health and medicine*. Baywood, Farmingdale (N.Y.) 1981, blz. 161. Voor een positief oordeel over de politisering van de gezondheidszorg en de invoering van een 'sociaal model': A.L. Mok, Over de macht van professionals in organisaties. In: A.W.J.E. van de Bunt, K.T.A. Halbertsma, M. Mulder (eds.), *Macht in en rond organisaties*. Samsom, Alphen aan de Rijn 1977, blz.183.

121 Abram de Swaan, 'Reformatie van de verzorging,' *NRC/Handelsblad*, 6, 13, 27 april, 4 mei en 17 juni 1981.

Verantwoording

De in deze bundel bijeengebrachte essays en artikelen werden alsvolgt eerder gepubliceerd: ‘Een boterham met tevredenheid’ in *De Gids*, nr. 4, 1971, en in: *Een boterham met tevredenheid; gesprekken met arbeiders*. Polak & Van Gennep, Amsterdam 1972; ‘De mens is de mens een zorg; over verstatelijking van verzorgingsarrangementen’ in *De Gids*, nr. 1/2, 1976; ‘Over de sociogenese van de psychoanalytische setting’ in *De Gids*, nr. 4/5, 1977; ‘Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding’ in *De Gids*, nr. 8, 1979; ‘Terreur als overheidsdienst’ in *De Gids*, nr. 3, 1975.

‘Fanatisering en defanatisering’ is de bewerking van een voordracht gehouden op 5 september 1978 voor het Studium Generale van de T.H. Twente (NOS, 5 februari 1979). ‘Het concentratiekampsyndroom als sociaal probleem’ is een bewerking van ‘The survivors’ syndrome: private problems and social repression. In: *Israel-Netherlands symposium on the impact of persecution*, II (Dalfsen/Amsterdam, 14-18 april 1980), CRM, Rijswijk 1981, en van ‘Het onvermogen om te luisteren’ in NRC *Handelsblad*, 3 mei 1980. ‘Het medisch regiem, deel III’ verscheen in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 60, 5, 1982.

‘Het medisch regiem, deel 1 en deel 11’ en de speciaal voor deze uitgave geschreven inleiding zijn nog niet eerder gepubliceerd.